



Université de Montréal

**Le choix alimentaire des Québécois : quand la santé s'invite à table**

Par

Valérie Manière

Département de sociologie

Facultés des arts et des sciences

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures

En vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.) en sociologie

Mai 2017

© Valérie Manière

# Remerciements

---

La réalisation de ce mémoire n'aurait pu se faire sans l'aide de précieuses personnes.

J'aimerais remercier tout d'abord mon époux qui a su m'épauler tout au long de ce retour aux études.

J'aimerais témoigner toute ma gratitude à ma famille, à mes tantes, Michelle et Lise qui ont réussi à dénicher les perles rares qui m'ont permis de finaliser ce mémoire.

Je remercie tout spécialement ma mère de m'avoir soutenue, encouragée et qui a pu offrir à mes enfants des moments de bonheur et à moi des moments de quiétude pour pouvoir rédiger.

À mes enfants, Jérémie et Victoria, je vous remercie de votre patience, de votre compréhension pour tous les moments que je n'ai pas pu partager avec vous.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à Jocelyne qui m'a offert de l'aide jusqu'à la fin.

Je remercie les quinze participants qui grâce à leur participation ont permis à ce mémoire de voir le jour.

Finalement, je tiens à remercier ma directrice de recherche, Estelle Carde, de m'avoir guidée et d'avoir fourni des commentaires constructifs tout au long du développement de ce mémoire.

## Résumé

---

Ce mémoire porte sur la question de l'évolution du choix alimentaire chez les Québécois. Nos objectifs sont d'analyser pourquoi et comment le choix alimentaire des Québécois évolue et jusqu'à quel point le choix alimentaire des Québécois est médicalisé et santéisé.

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons choisi de réaliser quinze entrevues auprès d'hommes et de femmes âgées de 60 ans et plus. De l'analyse thématique des entrevues que nous avons effectuées, il en ressort que les hommes et les femmes de notre échantillon lorsqu'ils parlent de santé et d'alimentation utilisent généralement un discours médicalisé et santéisé. De plus, plusieurs facteurs influencent l'évolution du choix alimentaire dont les plus importants sont la famille et l'état de santé. Nous avons relevé, même si la petite taille de notre échantillon ne nous permet pas de conclure de manière générale à des différences entre le discours des hommes et celui des femmes, que les hommes interviewés dans cette recherche tendent à justifier leur choix alimentaire selon leurs problèmes de santé et donc basent leurs choix alimentaires sur des concepts biomédicaux. Les femmes de notre échantillon justifient leurs choix alimentaires en se référant à un éventail plus large de facteurs tels que l'environnement, l'agriculture, les membres de leur famille, les problèmes de santé, les médecines parallèles. Ainsi, leurs choix s'inscrivent dans une dynamique de médicalisation et aussi de santéisation. Cette distinction suggère une piste intéressante pour des recherches ultérieures.

Mots-clés : alimentation, médicalisation, santéisation, genre, féminité, masculinité

# Abstract

---

This Master's thesis focuses on questions regarding the evolution of Quebecer's food choice. Our goals are to analyze why and how the food choice of Quebecers evolves and to what extent the food choice of Quebecers is medicalized and healthicized. As part of this dissertation, we chose to conduct fifteen interviews with men and women aged 60 and over. From the thematic analysis of the interviews we conducted, it emerges that the men and women in our sample who speak about health and nutrition generally use medicalized and healthicized discourse. In addition, several factors influence the evolution of the food choice; the most important of which are the family and the state of health. Although the small size of our sample does not allow us to conclude in a general way about the differences between men's and women's discourse, the men interviewed in this research tend to justify their food choices according to their health problems and therefore base their food choices on biomedical concepts. The women in our sample justify their food choices by referring to a wider range of factors such as the environment, agriculture, their family members, health problems and alternative medicine. Thus, their choices are part of a dynamic of medicalization and of healthicization. This distinction suggests an interesting track for further research.

Keywords : food choice, medicalization, healthicization, gender, femininity, masculinity

# Table des matières

---

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>I</b>
<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>II</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>III</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>CONTEXTE .....</b>	<b>2</b>
UN PEU D'HISTOIRE.....	2
QU'EST-CE QU'ON MANGE ?.....	2
<b>CHAPITRE 1 : MÉDICALISATION ET SANTÉISATION .....</b>	<b>7</b>
1.1 LES MULTIPLES DÉFINITIONS DE LA SANTÉ .....	7
1.2 MÉDICALISATION .....	10
1.2.1 Origine et définition du concept de la médicalisation.....	11
1.2.2 Facteurs et degrés de la médicalisation .....	19
1.2.3 Non-médicalisation et démedicalisation.....	23
1.2.4 Démedicalisation et déprofessionnalisation.....	27
1.3 LECONCEPT DE SANTÉISATION .....	29
1.3.1 Santéisation et médicalisation .....	32
1.3.2 Les niveaux en santéisation .....	36
1.3.3 Origine de la santéisation.....	36
1.4 MÉDICALISATION ET NUTRITION .....	37
CONCLUSION.....	42
<b>CHAPITRE 2 : DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE.....</b>	<b>44</b>
INTRODUCTION .....	44
2.1 MISE EN CONTEXTE DE LA QUESTION DE RECHERCHE.....	44
2.2 L'ÉLABORATION DE LA GRILLE D'ENTRETIEN.....	46
2.3 L'ÉCHANTILLONNAGE .....	48
2.4 LE RECRUTEMENT .....	49
2.5 CONSIDÉRATION SUR LE NOMBRE D'ENTRETIENS .....	51

2.6 DÉROULEMENT ET CONDUITE DES ENTREVUES.....	51
2.7 LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES .....	53
2.8 MÉTHODE D'ANALYSE .....	55
<b>CHAPITRE 3 : LES RÉSULTATS.....</b>	<b>58</b>
INTRODUCTION .....	58
3.1 DÉFINITION DE LA SANTÉ .....	58
3.1.1 <i>Différence de la définition de la santé entre les hommes et les femmes</i> .....	61
3.2 PRENDRE SOIN DE SA SANTÉ ET DE SON ALIMENTATION AU MASCULIN .....	62
3.2.1 <i>Le cas de Luc</i> .....	62
3.2.2 <i>Le cas de François</i> .....	64
3.2.3 <i>Le cas de Normand</i> .....	66
3.2.4 <i>Synthèse</i> .....	67
3.3 PRENDRE SOIN DE SA SANTÉ ET DE SON ALIMENTATION AU FÉMININ.....	68
3.3.1 <i>Santé et alimentation</i> .....	68
3.3.2 <i>L'environnement, la peur alimentaire et le biologique</i> .....	73
3.3.3 <i>Les professionnels de la santé</i> .....	77
3.3.4 <i>Plaisirs, contraintes et culpabilité</i> .....	79
3.3.5 <i>Les facteurs de l'évolution du choix alimentaire</i> .....	81
3.4 SYNTHÈSE .....	83
<b>CHAPITRE 4 : LE GENRE EN SANTÉ ET EN ALIMENTATION.....</b>	<b>85</b>
4.1 LE GENRE .....	85
4.2. LE GENRE ET LA SANTÉ ET LA PERCEPTION DE SANTÉ.....	86
4.2.1 <i>Genre et normes sociales et rôles sociaux</i> .....	87
4.2.3 <i>Les normes sociales et médias</i> .....	88
4.2.4 <i>Féminité et masculinité</i> .....	89
4.2.5 <i>Féminité – minceur - santé</i> .....	91
4.3 LE DOMAINE SYMBOLIQUE : LA NOURRITURE COMME SYMBOLE.....	93
4.3.1 <i>Genre et alimentation</i> .....	95
CONCLUSION.....	99
<b>CHAPITRE 5 : CONCLUSION.....</b>	<b>100</b>

<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>103</b>
<b>ANNEXE.....</b>	<b>115</b>
<i>Annexe 1 - Grille d'entretien .....</i>	<i>115</i>
<i>Annexe 2 -Tableau des 5 A.....</i>	<i>117</i>



## Liste des tableaux

---

Tableau 1: La médicalisation telle que conceptualisée par Conrad (1992) .....	20
Tableau 2 : Portrait des répondants.....	57

# Introduction

---

Lorsque j'étais enfant, c'était ma mère qui allait à l'épicerie acheter les aliments dont notre famille avait besoin pour la semaine. Elle arrivait avec ces innombrables sacs de plastique blancs des épiceries du quartier, remplis de fruits, de légumes, de viande, de pain, et quelques fois de nouveautés qu'elle avait dénichées au « Super Marché Latina » du coin. Mon père et moi aimions la taquiner en lui disant qu'elle avait dû dévaliser les épiceries du voisinage. Je ne me suis jamais posé la question à savoir ce qui motivait ses choix d'aliments. Maintenant, c'est à mon tour de faire l'épicerie pour ma famille. Et c'est en marchant dans les allées des épiceries que le sujet de ce mémoire s'est dessiné. Il est certain que depuis mon enfance, l'offre alimentaire s'est décuplée. Il n'y a jamais eu autant de produits dans les épiceries qu'aujourd'hui. Les fruits et les légumes qui remplissent les étals viennent de partout à travers le monde. Les viandes proposées sont déjà marinées ou cuites et en regardant l'étalage de pain, il devient difficile de choisir tellement le choix est vaste. De plus, il semble que chaque année un nouveau produit laitier trouve sa place sur les tablettes.

Ce que je remarque, par contre, c'est que de plus en plus de fabricants vantent leurs produits et les bienfaits qu'ils procurent à la santé ou encore l'absence de composantes néfastes au maintien de la santé. Ainsi, j'ai vu des dattes sans cholestérol, du humus sans gluten, du yogourt prodiguant des bienfaits pour le système digestif, des jus remplis d'antioxydants, etc.

Ces observations m'ont dirigée vers le sujet de mon mémoire. Je me suis demandé quel est l'impact du facteur santé dans le choix des produits alimentaires consommés. Comment expliquer que la santé soit venue s'infiltrer dans le domaine de l'alimentation. En approfondissant le sujet d'une alimentation saine, je me suis posé d'autres questions sur la façon dont on peut expliquer, chez l'individu, l'évolution de son alimentation vers une alimentation plus saine. Toujours au cours de mes lectures, je me suis rendu compte qu'il y avait peu de recherches qualitatives sur l'alimentation des Québécois.

Ainsi, ce mémoire espère apporter de nouvelles connaissances sur l'évolution du choix alimentaire des Québécois.

# Contexte

---

## UN PEU D'HISTOIRE

De la moitié du 19<sup>e</sup> siècle à aujourd'hui, l'agriculture et l'offre alimentaire au Québec ont beaucoup évolué. L'agronome Aubé (1996) divise cette période de développement et de modernisation de l'agriculture et de l'alimentation en deux phases. La première période, qui se situe entre les années 1865 et 1945, voit l'émergence des grandes entreprises manufacturières agroalimentaires tant dans les domaines laitiers, boulangers, maraîchers que dans le domaine de la boucherie. C'est durant cette période qu'on voit apparaître dans les villes les premières chaînes d'épicerie comme Steinberg et les premières entreprises de transformation de la viande. On voit émerger aussi des entreprises de transformation et de conservation de fruits et de légumes. La seconde phase de l'évolution agroalimentaire, qui se situe de 1945 à aujourd'hui, se distingue par une agriculture de plus en plus industrialisée due à l'urbanisation progressive de la population. Apparaissent aussi, à ce moment, la diversification des produits frais ou transformés, l'abondance de l'offre et l'efficacité du réseau de distribution des produits alimentaires. Toutes ces transformations et tous ces changements dans l'industrie agroalimentaire font, que de nos jours, les Québécois n'ont plus besoin d'attendre la saison favorable pour manger leurs fruits ou leurs légumes favoris. La mondialisation de l'offre alimentaire permet aux Québécois de se procurer, quand ils en ont les moyens et pratiquement à longueur d'année, l'aliment ou les mets qu'ils désirent. Aujourd'hui, le choix alimentaire n'est plus restreint par ce que l'on peut cultiver ou par ce qui pousse en saison ou encore par ce qu'on peut préparer soi-même, car les épiceries regorgent de fruits et légumes importés ou exotiques et de produits venant des quatre coins de la planète qui se trouve sur les tablettes avec des plats prêts-à-manger. Cependant, un dilemme se pointe à l'horizon : que choisir pour bien manger ?

## QU'EST-CE QU'ON MANGE ?

*« Si nous ne consommons pas tout ce qui est biologiquement comestible, c'est que tout ce qui est biologiquement comestible n'est pas culturellement comestible. » (Fischler, 2001, p.31)*

En alimentation, comme dans les autres sphères de la société, il existe des normes. Chaque société élabore des normes sociales basées sur les valeurs et les principes de celle-ci. Ces normes régulent la bonne conduite des membres de la société. L'enquête de Prescott, Young et Cie (2002), *Motives for food choice : a comparison of consumers from Japan, Taiwan, Malaysia and New Zealand*, montre que les normes dans la sélection des aliments diffèrent d'une société à l'autre. Au Québec, malheureusement il y a peu d'études qui ont exploré les normes sociales<sup>1</sup> en alimentation ou les priorités dans les choix alimentaires des Québécois adultes<sup>2</sup>.

Il existe plusieurs recherches quantitatives<sup>3</sup> sur l'alimentation des Québécois. Ces études ont démontré que depuis les années 1970, les Québécois ont modifié leurs habitudes alimentaires en réduisant leur consommation de sucre et de viande rouge et favorisent désormais la viande blanche, les fruits et les légumes. Ces recherches, par contre, ne précisent pas ce qui a motivé les Québécois à modifier leurs choix alimentaires.

Ces études nous apprennent toutefois que plusieurs facteurs modulent les choix alimentaires. En effet, selon le rapport d'enquête *les Québécois et les Québécoises mangent-ils mieux ?* (Bertrand, 1995), nous remarquons une différence significative dans le choix alimentaire des hommes et celui des femmes. Les femmes semblent manger plus « santé » que les hommes, c'est-à-dire que les femmes ont tendance à consommer moins de sucre, de matières grasses et d'alcool et plus de céréales de grain entier et de légumes nature ou de fruits nature que les hommes. Ce sont des tendances qui reflètent les

---

1 Il n'y a pas eu d'étude faite sur les normes sociales en alimentation selon l'Institut national de santé publique du Québec. « Outre les recherches pour en arriver à mieux comprendre les mécanismes d'influence des normes, des recherches devraient être menées pour identifier les normes sociales alimentaires dans l'environnement socioculturel québécois. Nous n'avons repéré aucune étude consacrée à un tel inventaire. » (Baril, Paquette, 2012, p,10)

2 Olivier Riopel, (2005) s'est attardé sur cette question dans son mémoire, et il en ressort que le plaisir gustatif, la santé et le fait de nourrir les autres membres de la famille sont des priorités dans le choix alimentaire. Par contre, vu la faible taille de l'échantillon, six entretiens en tout, je dois considérer cette recherche comme un aperçu vague de ce que sont les priorités alimentaires des Québécois.

3 Études sur le comportement et les habitudes alimentaires des Québécois (1979), Le point sur les habitudes de vie : l'alimentation (1985), Les Québécoises et les Québécois mangent-ils mieux (1995), La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes québécois (2009). Pour les références complètes, voir la bibliographie.

recommandations du guide alimentaire canadien. De plus, qu'on soit un homme ou une femme, le choix alimentaire change en vieillissant. Il semble que plus on vieillit, plus on choisit des aliments « santé ». Cependant, ces recherches n'expliquent pas ces disparités et ces changements.

Les recherches suivantes, soit « *L'étude sur le comportement et les habitudes alimentaires des Québécois* » (Villeneuve, Charron et coll., 1979), « *Le point sur les habitudes de vie : l'alimentation* » (Roy et Bouchard, 1985), « *Les Québécois et les Québécoises mangent-ils mieux ?* » (Bertrand, 1995), « *La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes québécois* » (Blanchet, Lamontagne et coll., 2009), nous ont permis d'examiner l'évolution du comportement alimentaire des Québécois au fil du temps et de déterminer la population sur laquelle se formera l'échantillonnage. Dans ces recherches, nous remarquons une disparité de l'alimentation en fonction de l'âge et du sexe. Le fait d'observer une divergence entre les hommes et les femmes, entre la jeunesse et la vieillesse et le fait que ce mémoire ait comme un de ses objectifs de comprendre le changement qui s'est effectué au cours du vécu alimentaire du mangeur, signifie qu'il est important que l'échantillon soit composé d'hommes et de femmes qui ont ce que nous appelons une expérience alimentaire, un vécu alimentaire. Nous entendons par « expérience ou vécu alimentaire » le fait d'avoir pendant plusieurs années fait des choix concernant l'alimentation.

Dans le rapport d'enquête « *La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes québécois* » (Blanchet, Lamontagne et coll., 2009), l'alimentation des habitants de milieu rural est comparée à celle des habitants de milieu urbain. Il ne se révèle pas de différence significative entre les deux (p.41). Par ailleurs, il a été démontré que les prestataires de l'assistance sociale et que les personnes travaillant au salaire minimum n'ont pas un revenu suffisant pour se procurer les aliments qui contribuent à une saine alimentation (Power, 2005). Par contre, Elaine M. Power (2005) conclut, à la lecture de différentes recherches, que les « *ménages à faible revenu obtiennent plus de nutriments pour chaque dollar consacré à l'alimentation que les ménages à revenus plus élevés* » (Power, 2005, p. 43). Cette conclusion pourrait expliquer pourquoi il n'y a pas, selon l'enquête « *La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes*

québécois » (Blanchet, Lamontagne et coll., 2009, p.40) et l'enquête « *Savoir populaire et alimentation chez les francophones de la région de Montréal* » (Massé, 1990, p.61), de différence significative dans les apports habituels en énergie et en macronutriments, à l'exception des fibres, des adultes québécois selon leur revenu. Pour tenir compte de la difficulté des ménages à faible revenu de se procurer des aliments dits sains pour la santé, l'échantillonnage comprendra des ménages ayant des revenus globaux de 25 000 \$ et moins et 25 000 \$ et plus. Ce montant a été déterminé à partir du revenu médian de 2010 des personnes âgées selon Statistique Canada<sup>4</sup>.

L'enquête quantitative « *Savoir populaire et alimentation chez les francophones de la région de Montréal* » (Massé, 1990) démontre que la composition du ménage influence la qualité de l'alimentation. En effet, la présence d'un conjoint masculin, indépendamment de la présence d'enfants, semble influencer négativement la qualité de l'alimentation du ménage (Massé, 1990, p.64).

Les résultats de ces recherches nous permettent de constater que l'alimentation est influencée par plusieurs facteurs et que le facteur santé joue un rôle de plus en plus important dans le choix alimentaire. Mais aucune d'elles ne porte sur l'explication du comportement alimentaire des Québécois, ni sur l'évolution de leur comportement alimentaire, ni sur l'incorporation du facteur santé dans le choix alimentaire. Ce projet de maîtrise veut explorer ces derniers points.

En poursuivant l'analyse de la documentation sur l'alimentation saine, nous sommes amenés à explorer deux domaines, celui de la santé et celui de la nutrition<sup>5</sup>.

Dans nos sociétés modernes, la santé est souvent liée à la médecine. L'auteur Nye (2003) décrit qu'aujourd'hui, une population considérée en parfaite santé est une population qui se conforme aux pratiques et aux normes de santé et de vie édictées par la médecine. Cette articulation entre la santé et la médecine est éclairée par le concept de médicalisation. Le

---

4 Voir le site web de Statistique Canada, Tableau 111-0035, Caractéristiques des aînés, selon le groupe d'âge et la source de revenu

<sup>5</sup> La nutrition correspond au processus de transformation des aliments en nutriments.

concept de médicalisation peut être défini sommairement comme la progression de l'expertise, des traitements et de la terminologie médicaux dans des domaines qui étaient autrefois à l'extérieur de l'autorité médicale. Un autre concept qui est relié au concept de la médicalisation est celui de la santéisation. La santéisation surgit quand certains comportements sont jugés indésirables pour le bien-être de la santé. Les concepts de médicalisation et de santéisation seront élaborés plus en profondeur au chapitre un. Toutefois, ces concepts façonnent la première ébauche de notre question de recherche.

Comment le choix alimentaire évolue-t-il et jusqu'à quel point est-il médicalisé ou santéisé?

Pour répondre à cette question de recherche, nous allons développer notre analyse de littérature lors du chapitre un où nous poursuivrons plus en profondeur une analyse de la médicalisation et de la santéisation en faisant tout d'abord une réflexion sur la définition de la santé, pour enchaîner avec la médicalisation et la santéisation et leurs multiples facettes et finalement allier le tout avec l'alimentation.

Au chapitre deux, nous exposerons la méthode de recherche utilisée pour ce mémoire. Nous expliquerons pourquoi nous avons choisi de mener une recherche de nature qualitative avec des entretiens semi-dirigés. Nous argumenterons aussi sur le choix de notre terrain d'enquête et de notre échantillonnage. Nous terminerons ce chapitre avec un compte rendu des difficultés que nous avons rencontrées.

Au chapitre trois, nous présenterons les résultats et les analyses des entrevues réalisées selon les thèmes abordés tout en articulant les résultats en fonction des concepts décrits aux chapitres un.

Nous continuerons au chapitre quatre une discussion des résultats.

Pour conclure, nous ferons part de quelques remarques sur les apports et les limitations de cette recherche. Nous élaborerons sur la place de notre recherche et de nos résultats parmi notre revue de littérature. Finalement, nous présenterons aussi quelques pistes de réflexion pour de futures recherches.

# CHAPITRE 1 : Médicalisation et santéisation

---

Notre question de recherche mobilise principalement le concept de médicalisation. Dans ce premier chapitre, nous ferons une revue de littérature sur ce concept et de ses implications dans notre société. Nous entamerons premièrement une analyse de la définition de la santé pour pouvoir ultérieurement la mettre en relation avec le concept de la médicalisation. Nous poursuivrons avec une étude en profondeur du concept de la médicalisation ce qui nous amènera à développer son rapport avec le concept de santéisation. Nous terminerons ce chapitre avec une réflexion sur la nutrition et sa corrélation avec la médicalisation et la santé.

## 1.1 LES MULTIPLES DÉFINITIONS DE LA SANTÉ

Pour comprendre les motivations de « manger santé » ou « manger sainement », il nous paraît important en premier lieu de déterminer ce que veut dire « santé ». Dans les prochaines lignes, nous explorerons les multiples définitions de la santé pour pouvoir établir une définition qui sera utilisée pour ce mémoire

Qu'est-ce que la santé ? Une question simple, en apparence, mais qui soulève plusieurs débats. Il serait difficile de parler de santé sans évoquer la maladie, car l'une semble l'antithèse de l'autre. Est-ce que la santé équivaut à enrayer la maladie et la dégénérescence du corps ? Pouvons-nous simplement résumer la santé en un syndrome de Mathusalem, soit de vouloir vivre le plus longtemps possible ? Dans les prochains paragraphes, nous découvrirons les différentes définitions de la santé et le fait que le concept de la santé n'est qu'une construction sociale.

Selon Ereshefsky (2009), nous pouvons cerner trois approches pour définir la santé : l'approche naturaliste, l'approche normativiste et une approche hybride qui combine certains aspects de l'approche naturaliste et de l'approche normativiste.



Dans l'approche naturiste, la définition de la santé est principalement basée sur des statistiques scientifiques voulant révéler les normes naturelles et biologiques du corps humain (Ereshefsky, 2009). Selon l'auteur naturiste Boorse (1977), tout corps ou partie du corps qui n'est pas dans un état optimal ou statistiquement normal, est considéré comme malade; c'est-à-dire que le corps n'est pas en bonne santé. Plusieurs reproches sont faits à cette définition, dont celle de ne reflète pas l'usage du terme « santé » dans la société. Pour illustrer, cette scission entre ce que l'approche naturiste considère la santé et ce que la société considère être en santé, nous exposerons comme exemple le syndrome du gourmand. Les auteurs Regard et Landis (1997) définissent le syndrome du gourmand comme un désordre alimentaire bénin associé à des lésions de l'hémisphère antérieur droit. Les personnes atteintes de ce syndrome ont une préoccupation intense avec la nourriture et une préférence marquée pour les plats raffinés (Regard et Landis, 1997). Selon l'approche naturiste, l'individu atteint du syndrome du gourmand n'est pas en bonne santé, car son cerveau est affecté d'une lésion. Cependant, le syndrome du gourmand n'est pas traité par la médecine, car être un gourmand ou avoir un fin palais n'est pas considérée, dans nos sociétés modernes, comme une maladie (Murphy, 2005). L'individu affecté par le syndrome du gourmand est considéré par la société comme un être en santé avec une préférence pour la bonne chère. L'approche naturiste, avec sa définition de la santé basée sur les sciences et la biologie, ne reflète pas ce que la société entend par la « santé » et donc ne peut, à elle seule, définir convenablement le concept de la santé.

L'approche normativiste de la santé implique que la santé est un jugement de ce que les membres d'une société devraient être en mesure de faire ou de ressentir et que tout écart à cette « norme » est en fait une maladie (Ereshefsky, 2009). En reprenant l'exemple du syndrome du gourmand et en se basant sur l'explication normativiste, l'individu souffrant du syndrome du gourmand n'est pas traité par le domaine médical, car dans la société actuelle, être un fin palais n'est pas mal vu. Un autre exemple plus proche de notre réalité est le diagnostic chez les enfants, et plus particulièrement chez les jeunes garçons, du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, le TDAH. Les enfants qui sont atteints de TDAH éprouvent de la difficulté à contrôler leur comportement, à faire fi des distractions ou à contrôler leur impulsivité (Conners, 1997). La reconnaissance du TDAH est relativement récente, car ce n'est qu'en 1968 que le TDAH est mentionné pour la

première fois dans le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*). Avant l'édition de 1968, les experts du domaine psychiatrique ne pouvaient concevoir que les enfants aient la capacité psychologique nécessaire pour connaître des problèmes mentaux (Edmunds et Martsch-Litt, 2008). Le TDAH est considéré comme une maladie mentale, car les individus qui en souffrent ont de la difficulté à bien fonctionner dans notre société et, en plus, un protocole de diagnostic est utilisé par les professionnels de la santé pour révéler la maladie (Furman, 2005). Par contre, contrairement au syndrome du gourmand, il n'y a pas de problèmes psychologiques précis ou de lésions physiques précises dans le cerveau des enfants souffrant de TDAH (Conners, 1997). De plus, certains chercheurs argumentent que le diagnostic du TDAH n'est en fait qu'une façon de contrôler médicalement l'enfant et plus précisément de contrôler l'immaturité de l'enfance dans un monde où l'individualité, la compétitivité et l'indépendance personnelle prévalent (Timimi et Taylor, 2004). Ces deux exemples, le syndrome du gourmand et celui du TDAH, démontrent que la perception de la maladie est d'abord et avant tout influencée par les jugements de valeur à une époque dans une société.

Avec l'approche normativiste, tout état jugé indésirable par la société devient une maladie. C'est dans cette perspective que la drapétomanie<sup>6</sup> est qualifiée de maladie de même que tous les dissidents du parti communiste qui ont fui l'Union soviétique sont diagnostiqués de souffrir de maladies mentales (Conrad, 1979, Bonnie, 2002). Par contre, pouvons-nous vraiment traiter quelqu'un de malade lorsqu'il essaie de fuir une situation pour améliorer son sort ?

En combinant l'approche naturiste et l'approche normativiste, les théories hybrides essaient de contrebalancer ces deux approches. Ainsi, pour qu'un état soit considéré comme une maladie, il faut que celui-ci soit, d'une part biologiquement dysfonctionnel et d'autre part jugé indésirable par la société. Une critique que nous pouvons avancer de cette approche est qu'elle définit la santé comme l'antithèse de la maladie. Selon les théories hybrides, un individu qui a un membre amputé est considéré comme malade, car

---

<sup>6</sup> La drapétomanie fut décrite par le chirurgien et psychologue Samuel Cartwright comme une maladie mentale grave des esclaves afro-américains qui pousse ceux-ci à s'enfuir. (Guillory, 1968)

biologiquement, le corps de l'individu n'est pas optimal et son état est jugé indésirable. Pourtant, dans nos sociétés occidentales, les handicapés ne sont pas tous considérés comme malades.

Toutes ces approches font ressortir deux disciplines caractéristiques du concept de la santé. Ces deux disciplines qui s'entrelacent relèvent du domaine des sciences biomédicales et du domaine de la culture (Scully, 2004). La définition de la santé se situe dans cette acculturation réciproque des domaines biomédicaux et de la culture. Les explications biomédicales influencent le concept de la santé, mais celles-ci ne peuvent se soustraire à l'influence de la culture dans laquelle elles évoluent (Scully, 2004).

*« But science does not stand above culture in which it operates,  
and the influences flow both ways. »*(Scully, 2004, p.652)

C'est en nous basant sur l'étude de Arcury Quandt et Bell (Arcury, Quandt *et coll*, 2001) que nous formulons la définition de la santé qui sera utilisée pour ce mémoire. La santé est la capacité de fonctionner physiquement, mentalement et spirituellement dans la société. Cette définition sous-entend le côté biomédical et le côté social, car le terme « fonctionner » fait référence tant à l'aide et aux définitions que peuvent apporter les sciences biomédicales aux dimensions physiques et mentales de l'individu qu'à la capacité sociale de l'individu à s'intégrer dans la société.

En reprenant cette définition et en l'appliquant au thème de ce mémoire, manger sainement ou manger plus santé équivaut à dire que le choix alimentaire est fait en fonction du désir de bien fonctionner physiquement, mentalement et spirituellement dans la société.

## 1.2 MÉDICALISATION

Dans nos sociétés modernes, la santé est très liée à la médecine. Nous avons vu dans la section précédente que le biomédical fait partie de la définition de la santé. Aujourd'hui, le champ biomédical s'insère dans toutes les sphères de la société, simplement parce que plusieurs problèmes, situations ou produits sont définis en termes médicaux. C'est ce qu'on appelle la médicalisation. Depuis le 20<sup>e</sup> siècle, le monde médical a étendu son autorité surtout sur les domaines qui touchent le corps humain. Étant donné que l'alimentation joue

un rôle important tant dans notre société que dans le fonctionnement du corps humain, il est à se demander si elle n'aurait pas aussi été médicalisée. En s'appropriant le domaine de l'alimentation, le corps médical remplirait son rôle d'aider la dimension physique de l'individu à mieux fonctionner dans la société. C'est un rôle que nous avons préalablement établi dans notre définition de la santé.

Dans les prochaines sections, nous explorerons les définitions de la médicalisation et son influence sur notre société et sur l'alimentation.

### 1.2.1 ORIGINE ET DÉFINITION DU CONCEPT DE LA MÉDICALISATION

Le concept de la médicalisation a été introduit et développé dans les années 1970. Les auteurs comme Illich, Conrad, Crawford et Zola ont participé à la conception de la médicalisation et à la détermination de ses bases. La médicalisation signifie :

*[...]la traduction en termes médicaux ou pathologisation d'un nombre croissant de phénomènes liés aux êtres humains. (Poliquin. 2015, p.19)*

*Dans un premier temps, il nous paraît intéressant de se poser la question d'où vient le concept de la médicalisation.*

*Illich fut le premier à utiliser le terme « médicalisation » et à démontrer son influence dans les sphères de la vie quotidienne des sociétés occidentales modernes. Selon Illich, la médicalisation des sociétés occidentales se fit en trois étapes et commença tout d'abord avec la prise en charge de la douleur par la médecine. La douleur et la souffrance sont liées entre elles. La douleur se transforme en souffrance lorsqu'elle est intégrée à une culture.*

*Une douleur vécue ne constitue une souffrance que si elle est intégrée à une culture. C'est précisément parce que la culture fournit un cadre qui permet d'organiser le vécu qu'elle est une condition indispensable au développement de l'art de la souffrance. (Illich, 1975, p. 146)*

En s'appropriant la gestion de la douleur, la médecine a donné à celle-ci, en rejetant les explications métaphysiques d'autrefois, un nouveau système de références et de nouvelles fonctions. Ainsi la douleur est devenue un symptôme ; soit la réaction d'un système

corporel que seule la médecine peut traiter. L'arrivée de la prise d'analgésiques change la perception de la douleur en une sensation que les membres de la société n'ont plus à subir. Nous n'avons plus à accepter les limitations de notre corps. La douleur qui autrefois avait une explication métaphysique et une place dans les cultures est devenue une sensation à fuir à tout prix.

Une deuxième étape de l'implantation de la médicalisation au sein de nos sociétés est la création et la gestion des maladies. Ce n'est que très récemment, vers la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, que la maladie est définie de manière biomédicale et qu'elle est reconnue comme une entité à part entière. C'est-à-dire que la maladie devient le centre d'intérêt de la médecine. Ce n'est plus l'homme qui est malade, mais ce sont les maladies telles que le cancer, la tuberculose, la grippe, etc. qui attaquent le corps de l'homme. La maladie devient aussi quantifiable ; elle peut être soumise à un traitement médical ; elle peut être regroupée dans des catégories. La maladie devient indépendante « *de la perception qu'en ont le médecin et le patient* » (Illich, 1975, p. 159). Or, tout comme la douleur, la maladie est une entité à éradiquer.

Cette volonté d'éradication de la maladie a restructuré les sociétés occidentales. Il existe plusieurs exemples de restructurations sanitaires au sein de nos sociétés modernes, dont la création des infrastructures sanitaires comme les égouts et les usines de traitement des eaux pour contrer les maladies tel que le choléra (Goubert, 1985). Comme exemples plus spécifiques au Québec, nous pouvons citer la création de l'Institut National de la Santé Publique en 1998 ou encore la proportion du budget public consacrée aux dépenses du Ministère de la Santé qui est plus en plus volumineux <sup>7</sup>, ou dernièrement en 2009, l'élaboration de ressources mises en place pour la campagne de vaccination massive lors de la crise de la grippe H1N1<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Voir le site du secrétariat du conseil du trésor

[http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/budget\\_depenses/15-16/renseignementsSupplementaires.pdf](http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/budget_depenses/15-16/renseignementsSupplementaires.pdf)

<sup>8</sup> Voir le site du ministère de la santé et des services sociaux du Québec

[http://www.msss.gouv.qc.ca/extranet/pandemie/etat\\_situation/](http://www.msss.gouv.qc.ca/extranet/pandemie/etat_situation/)

La restructuration se fait aussi au sein de corps médical. Il faut créer un système qui incorpore des écoles et des lieux de pratique, mais aussi établir des normes de santé et des normes des maladies. Il faut aussi intégrer un système administratif pour coordonner les différentes sections de ce système médical.

Le concept de la maladie et des moyens pris pour la combattre sont bien ancrés dans nos sociétés occidentales modernes. Créer un système médical et des infrastructures sanitaires pour vaincre la maladie est en fait des témoins de la médicalisation dans les sociétés.

Toujours selon Illich, la dernière phase de la médicalisation de la vie est atteinte lorsque même la mort, qui a eu plusieurs définitions au cours de l'humanité, est définie en termes médicaux.

*Nous avons vu la mort d'abord, résultat d'une intervention divine, se transformer en événement « naturel », puis en « force de la nature » ; dans une nouvelle mutation, elle est considérée comme « inopportune » si elle ne survient pas chez les individus à la fois bien portants et âgés. Elle est devenue l'issue de maladies spécifiques certifiées par le médecin. » (Illich, 1975, p.190)*

La mort étant reliée à la maladie, elle doit, comme celle-ci, être repoussée même si cela entraîne des traitements médicaux incessants, débilissants qui ne font que retarder une fin inévitable.

L'étendue de la médicalisation à travers les combats contre la douleur, la maladie et la mort n'a pu se faire sans la progression de la technologie et de l'industrialisation. Il n'y aurait pu avoir de médicalisation sans qu'il y ait une industrialisation. L'industrialisation a amené nos sociétés à changer la façon de se procurer nos biens.

*« Dans une société sur-industrialisée à ce point, les gens sont conditionnés à obtenir des choses et non à les faire. Ce qu'ils veulent, c'est être éduqué, transporté, soigné ou guidé plutôt que d'apprendre, de se déplacer, de guérir et de trouver leur propre voie. (Illich, 1975, p. 84)*

Ainsi, l'industrialisation conditionne les membres de la société à être pris en charge. Pour prendre en charge la population, le conglomerat médical s'est doté d'écoles où on enseigne les normes et que toutes maladies sont une déviance aux normes (Illich, 1975, p.163) ; il s'est doté de technologies et de techniques thérapeutiques ; d'une bureaucratie pour gérer

les gens et leurs besoins ; de catégories pour classer les symptômes et les patients qui en souffrent. Il a étendu son autorité à la planification généralisée des soins, à la détection précoce, à la mise sur pied de thérapies préventives (Illich, 1975, p.80). De cette façon, le système médical peut prodiguer des soins tant aux gens malades qu'aux biens portants transformant ceux-ci en futurs patients ou en patients anxieux (Illich, 1975, p.68).

Zola (1980), sans réfuter le fait que la médicalisation découle de l'industrialisation, précise que l'essor de la médicalisation dans les sociétés occidentales résulte de deux phénomènes distincts soit la perte d'autorité de la religion sur la société et la perte de confiance des membres de la société envers le système juridique.

Il faut se rappeler que la religion chrétienne a su imposer dès le Moyen Âge ses valeurs sur les sociétés occidentales.

*« Ainsi, il n'est pas déraisonnable de soutenir qu'au moins jusqu'au triomphe définitif de la Réforme, toutes les communautés étaient, dans toute la force du terme, religieuses, tous les dirigeants dévots, et la signification et les valeurs de tous les rapports fondés sur des principes religieux. » (Zola, 1981), p.33)*

Cependant, dans les affaires de l'État, les principes religieux ont laissé peu à peu leur place aux principes de droit. Le point culminant de cette scission se traduit par la rédaction des constitutions françaises et américaines dans lesquelles :

*« Elles se prononcent sur les affaires humaines en substituant aux références religieuses des termes séculiers comme la justice, le droit, le devoir, l'émancipation, la liberté, le contrat. » (Zola, 1981, p.33)*

Néanmoins, le droit et le système judiciaire à leur tour semblent perdre leur mainmise sur l'autorité et leur prétention à la justice. Un cas marquant de cet affaiblissement du droit fut le procès de Nuremberg<sup>9</sup> qui commença en 1945. Ainsi, la perte d'autorité de la religion et

---

<sup>9</sup> Il y a eu plusieurs violations du droit dans le procès de Nuremberg. Le tribunal de Nuremberg a contrevenu au principe de souveraineté nationale en jugeant des agents ayant agi sous les ordres de leur État et a contrevenu au principe de légalité en jugeant rétroactivement des agents de l'État sur le concept de crime contre l'humanité et le principe de responsabilité individuelle pour crime international. Ces deux concepts du droit international n'existaient pas à l'époque des faits. (Garibian, 2002)

la perte de confiance de la population auprès du système de droit ouvriront la porte à un « autre groupe de codificateur, de nouveaux pourvoyeurs et de vérité et d'autorité » (Zola, 1981, p34) soit ceux des sciences et plus particulièrement les sciences médicales.

Ainsi, l'envolée phénoménale des découvertes pratiques et explicatives en sciences et particulièrement en science médicale permettra à celle-ci de définir de manière innovatrice le progrès scientifique et le sens de la vie.

*« La science médicale en est donc venue à définir dans des termes nouveaux non seulement le progrès, mais aussi le sens de la vie. On a commencé à voir la santé non plus comme un simple moyen d'atteindre un but, mais un but en soi ; elle n'était plus simplement un des piliers indispensables de la vie, mais la définition même de celle-ci. » (Zola, 1980, p.38.)*

C'est ainsi que la science médicale s'impose de plus en plus comme figure d'autorité et de vérité dans la société. Selon Zola (1980), la science médicale accroît toujours le champ de sa compétence par le maintien et l'élargissement de son autorité sur :

1. Certaines opérations techniques comme la chirurgie et les ordonnances non pas seulement pour corriger ou soulager les déficiences, mais aussi pour nous aider à nous conformer aux normes sociétales, prenons en exemple la chirurgie esthétique.
2. La vie quotidienne des individus qui peut être à la source de souffrances, c'est-à-dire le travail, les loisirs, les habitudes alimentaires, les préoccupations.
3. Les rouages intimes du corps et de l'esprit lorsque le champ médical intervient sur la vieillesse ou sur la naissance.
4. Les caractéristiques morales d'une vie saine soient, par exemple, l'absence de consommation de drogues ou de comportements à risques.

C'est sur ces quatre points fondamentaux que Zola a établi la définition de la médicalisation. Une définition que Conrad reprendra et modifiera légèrement pour incorporer le pouvoir du domaine médical à traiter l'anomalie.

*« La médicalisation comme le fait de définir un certain comportement comme problème médical ou une maladie et de donner à la profession médicale le mandat ou l'autorité de pourvoir à son traitement. » (Conrad, 1995, p.10)*



Par contre, Conrad remarque que même si des situations ou des cas, comme l'alcoolisme, ont une définition médicale, la profession médicale n'est pas nécessairement impliquée. Ceci signifie que la société utilise un vocabulaire médical ou une codification médicale pour caractériser ou pour comprendre et traiter une anomalie ou une déviance à la norme.

La médicalisation est un phénomène complexe qui se manifeste dans toutes les strates de nos sociétés actuelles. Conrad distingue trois niveaux possibles de médicalisation, même si celle-ci peut se manifester autrement.

#### 1) La médicalisation conceptuelle.

La médicalisation conceptuelle se rapporte au fait qu'on utilise les sciences de la santé pour définir en termes médicaux un problème, un état ou même un fait. Ainsi l'obésité, pour la population en général, est le fait qu'une personne ait un important surplus de poids, mais en termes médicaux, l'obésité est définie par l'indice de Quételet ou communément appelé IMC (indice de masse corporelle). L'individu qui obtient un résultat supérieur à  $30\text{kg/m}^2$  sur l'échelle de l'indice de Quételet est considéré obèse (Vasseur, 2007). Toujours en termes médicaux, nous pouvons ajouter qu'il y a deux sortes d'obésité, soit l'obésité exogène (obésité par suralimentation) ou l'obésité endogène (obésité résultant de troubles du métabolisme humain ou de troubles endocriniens).

Nous pouvons résumer la définition de la médicalisation conceptuelle en citant Conrad et Schneider.

*« L'aspect important dans la médicalisation conceptuelle est l'adoption d'un concept médical. » (Conrad et Schneider, 1980, p.75)*

#### 2) La médicalisation institutionnelle.

Lorsqu'un organisme fait appel à un ou des professionnels de la santé pour valider un problème, un programme ou encore un produit, c'est ce qu'on appelle de la médicalisation institutionnelle. Il faut noter que les professionnels de la santé ne travaillent pas nécessairement pour l'organisation en tant que telle. Les programmes d'amaigrissement comme les centres « Weight Watchers » sont des exemples de la médicalisation institutionnelle. Ils emploient des professionnels de la santé et de la nutrition et promeuvent

leur titre dans l'organisation,<sup>10</sup> mais ce ne sont pas ces spécialistes en santé qui gèrent les cliniques ou même qui suivent les clients. Par contre, c'est au nom de ces spécialistes que les employés, profanes en nutrition et en santé<sup>11</sup>, donnent des conseils sur le meilleur moyen de s'alimenter, de maigrir et déterminent ce que devrait être le poids idéal du client à partir de la définition médicale de l'obésité ou de l'excès de poids.

### 3) La médicalisation interactionnelle.

Finalement, la médicalisation interactionnelle s'observe quand un médecin diagnostique ou traite les problèmes présentés qui ne sont pas nécessairement du ressort médical. Le médecin qui prescrit des antidépresseurs à une femme qui a de la difficulté à concilier travail/famille/étude, pratique la médicalisation à travers ce type d'interaction.

En nous appuyant sur la définition du concept de médicalisation interactionnelle élaborée par Conrad, nous pouvons rendre explicite ce qui demeure implicite chez cet auteur, en disant qu'un patient qui n'a pas à première vue une pathologie particulière, c'est-à-dire des anomalies anatomiques ou physico-chimiques, cherche à médicaliser ses symptômes lorsqu'il va chez le médecin.

Pourquoi un patient ou la population en général recherchent-ils une explication médicale à leurs maux ? C'est que la maladie, comme la santé, est une construction sociale. Avant d'aller chez le médecin, les symptômes ont été reconnus anormaux par les individus souffrants parce que ceux-ci se sont informés par la lecture, par la radio, par l'internet ou aussi parce que ces symptômes sont reconnus par la société comme étant anormaux. La médicalisation des symptômes est faite dans un but de donner un sens, dans ce cas-ci le sens médical, car dans nos sociétés occidentales, c'est la profession médicale qui traite des anomalies physiques et psychiatriques.

---

<sup>10</sup> <https://www.weightwatchers.com/us/work>. Sur la page Web de Weight Watchers, l'image du vidéo promotionnel présente le docteur Gary Foster, même si celui-ci n'est pas l'interlocuteur principal.

<sup>11</sup> <http://wwcareers.ca/fr/animatrice>. Selon le site web de Weight Watchers, les employés animant les rencontres de perte de poids n'ont pas besoin d'avoir une formation en nutrition ou en diététique.

*« The medical profession has first claim to jurisdiction over the label of illness and anything to which it may be attached, irrespective of its capacity to deal with it effectively. (Freidson, 1988, p.253)*

Nous pouvons nous demander si les niveaux distingués par Conrad dépendent l'un de l'autre. Il semble que ces niveaux ne soient pas nécessairement liés entre eux. Il peut y avoir médicalisation interactionnelle, mais non institutionnelle ou conceptuelle. Et inversement, un problème peut être médicalisé au niveau conceptuel sans l'être au niveau interactionnel. Les trois niveaux distingués par Conrad ne s'imbriquent donc pas les uns dans les autres ; aucun des trois n'est déterminant des deux autres.

Ainsi à un niveau interactionnel, un médecin peut partiellement diagnostiquer et traiter certains symptômes, comme reconnaître les symptômes les plus urgents ou les plus critiques à traiter en premier. C'est le cas des syndromes idiopathiques comme l'électrosensibilité<sup>12</sup> où conceptuellement cette sensibilité est très peu médicalisée, mais les symptômes comme l'insomnie qui est définie médicalement peuvent être traités.

Nous avons présenté précédemment comme exemple de médicalisation institutionnelle les programmes d'amaigrissement « Weight Watchers ». Dans ces programmes, il n'y a pas de médicalisation interactionnelle, car ceux qui gèrent les centres d'amaigrissement et les rencontres sont profanes en matière de santé et de nutrition.

Le patient devient un acteur de la médicalisation de ses maux quand il accepte les diagnostics, les traitements et les définitions offerts par la médecine pour une situation donnée. Ainsi, nous pouvons dire qu'un patient prend part à médicaliser ou non une situation selon qu'il recherche ou pas les services et les définitions offerts par le corps médical. Un patient peut accepter la définition médicale de sa situation sans toutefois suivre les traitements médicaux offerts par le corps médical. La situation serait donc médicalisée au niveau conceptuel sans que son traitement le soit au niveau interactionnel.

---

12 L'électrosensibilité est une intolérance aux ondes et aux champs électromagnétiques des appareils électriques et électroniques d'usage quotidien. Les personnes qui en souffrent ont plusieurs symptômes, dont l'insomnie, les maux de tête, le vertige et des troubles de concentration. (Hedenhal et coll, 2015)

### 1.2.2 FACTEURS ET DEGRÉS DE LA MÉDICALISATION

À un même niveau soit interactionnel, institutionnel ou conceptuel, le degré de la médicalisation peut varier. Une situation peut être très médicalisée, moyennement médicalisée ou encore peu médicalisée. Il y a plusieurs facteurs tels que les couvertures de régimes d'assurance publics ou privés, l'appui à la profession médicale, l'accès aux traitements médicaux, l'existence de différents traitements et définitions pour un même mal, le lobbying de différents groupes sociaux s'opposant ou encourageant la médicalisation, etc. qui influencent la médicalisation. Toutefois, le rôle de chacun de ces facteurs n'est pas toujours bien compris.

L'enfance pourrait être citée comme une « condition » très médicalisée. En effet, dans le corps médical, il y a des spécialistes qui s'occupent de l'enfance, les pédiatres. On reconnaît des syndromes ou des symptômes que l'on associe principalement à une enfance déviante. C'est le cas du TDA (trouble du déficit d'attention). Au Québec, la couverture de l'assurance maladie pour les enfants est plus large que celle offerte aux adultes<sup>13</sup> et il existe des hôpitaux consacrés à l'enfance tels que le CHU Ste-Justine.

À l'inverse, l'électrosensibilité est une condition peu médicalisée. Il existe plusieurs définitions contradictoires de ce mal et les traitements offerts sont rarement couverts par l'assurance maladie. Même si certains médecins se spécialisent dans le traitement de l'électrosensibilité, peu de médecins reconnaissent cette condition l'appelant plutôt idiopathie.

Voici un tableau qui permet de visualiser les différents niveaux et degrés de la médicalisation. Comme nous pouvons le remarquer, chaque niveau peut varier en degré et les niveaux sont indépendants les uns des autres.

---

<sup>13</sup> Les enfants de moins de 10 ans ont des frais de service dentaire couvert par la Régie de l'assurance maladie. Voir le site de la Régie de l'assurance maladie, <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/soins/Pages/services-dentaires.aspx>

**Tableau 1: La médicalisation telle que conceptualisée par Conrad (1992)**

		Niveaux		
		Conceptuel	Institutionnel	Interactionnel
Degrés	Très médicalisé			
	Moyennement médicalisé			
	Peu médicalisé			

Une situation peut être médicalisée à des degrés différents (très médicalisé, moyennement médicalisé ou peu médicalisé) et ce à chacun des trois niveaux ou à l'un ou l'autre des niveaux.

Au Québec, certains facteurs mentionnés par Conrad comme l'accès à des interventions et traitements et la couverture par un régime provincial d'assurance maladie influencent les degrés de médicalisation des situations vécues.

Dans le texte de Drulhe et Clément (1998), « Enjeux et formes de la médicalisation d'une approche globale au cas de gérontologie », nous pouvons aussi repérer des facteurs de la médicalisation. Il y a les acteurs (l'État, les médecins, les mouvements sociaux, les non-médecins) qui sont à la recherche de bénéfices symboliques ou matériels dans le processus de la médicalisation d'une situation. La motivation des acteurs à médicaliser une situation surgit de leurs intérêts, de leurs propres valeurs et de leurs préoccupations. Les bénéfices de la médicalisation qu'ils recherchent sont, eux-mêmes, sous l'influence des conditions économiques actuelles. Que peuvent être les bénéfices recherchés ? Du côté médical, nous pouvons penser à la légitimation de son autorité. Chez les patients, il y a la légitimation de leur condition, ce qu'on appelle le rôle du malade (Parsons, 1975). L'État peut actualiser la médicalisation de certains groupes sociaux pour pallier des situations difficiles à gérer comme ce fut le cas de la médicalisation des immigrants chômeurs en Suède<sup>14</sup> (Holmqvist, 2009).

---

<sup>14</sup> Le service public suédois de l'emploi engage des docteurs et des psychologues pour évaluer quelles sont les incapacités médicales des immigrants chômeurs de longue durée. Les immigrants chômeurs de longue

L'étude de ces différents facteurs de médicalisation nous permet certainement de mieux comprendre la variation de degrés de la médicalisation lorsqu'une situation se présente.

Nous avons parlé des acteurs de la médicalisation, de leurs intérêts, des bénéfices recherchés, de l'influence des conditions économiques. La multitude des facteurs et des acteurs indique que la médicalisation ne peut être analysée comme un processus unidirectionnel (Conrad, 2013, Drulhe et Clément, 1998). En effet, elle ne s'étend pas seulement du médecin vers son patient ou des sciences médicales vers les profanes. Il se peut que les profanes demandent au corps médical de prendre en charge une situation ou un problème. Pour que la médicalisation puisse se produire, il faut qu'elle soit considérée comme fondée et acceptée comme légitime tant par les profanes que par le corps médical.

Drulhe et Clément (1998) définissent ce rapport comme un rapport entre l'offre et la demande. D'un côté, nous pouvons avoir des patients, une partie de la population, et un lobby, qui demandent de médicaliser une situation. De l'autre côté, pour la même situation, le corps médical peut prendre en charge certaines réalités qu'il excluait de son champ de pratique. La médicalisation aura lieu si les intérêts des différents acteurs convergent.

Cette convergence est survenue dans le cas de la médicalisation de l'hyperactivité chez les enfants. (Conrad, 1975). La médication pour l'hyperactivité a été découverte et mise sur le marché longtemps avant que celle-ci soit massivement et librement prescrite (Conrad, 1975). Dans le cas de l'hyperactivité, les promoteurs principaux de la médicalisation furent, d'une part, le domaine pharmacologique et de l'autre, l'association des enfants atteints de troubles d'apprentissage (Association of Children with Learning Disabilities). Les compagnies pharmaceutiques ont informé et encouragé les docteurs à diagnostiquer auprès de leurs jeunes patients les symptômes de l'hyperactivité en leur offrant des trousseaux de diagnostic et en leur expliquant le traitement (Conrad, 1975).

---

durée sont alors codés selon une des quatorze catégories d'incapacité médicale. Selon la catégorie assignée, les individus ont accès à différents programmes d'emploi. Il est à noter qu'avant d'être évalués, les immigrants chômeurs ne se connaissaient pas d'incapacité médicale.

De son côté, l'association des enfants atteints de troubles d'apprentissage a sensibilisé les enseignants et les écoles à ce nouveau diagnostic.

Ainsi, les compagnies pharmaceutiques pouvaient vendre leurs produits, les médecins pouvaient alléger la culpabilité des parents et permettre à ceux-ci de contrôler leur enfant sans nécessairement les punir, les écoles avaient des classes plus disciplinées et l'association justifiait son existence. En médicalisant l'hyperactivité, tous ces acteurs ont vu leurs intérêts servis.

Cet exemple, la médicalisation de l'hyperactivité, démontre que la médicalisation est une construction sociale qui justifie le discours de plusieurs acteurs. Dans le cas de l'hyperactivité, le résultat fut une médicalisation de la situation. Par contre, ce n'est pas la seule issue possible. Compte tenu des facteurs, des ressources, des acteurs et des bénéfices recherchés, l'issue d'une situation problématique peut prendre diverses formes.

Si la situation est, au départ, médicalisée :

1. La situation reste médicalisée (conceptuellement, institutionnellement ou encore interactionnellement). Ainsi, le corps médical définit ou traite la situation.
2. La situation devient démedicalisée. Cela veut dire que la situation n'est plus reconnue comme faisant partie du contrôle médical, mais qu'elle est considérée comme faisant partie d'un autre champ d'interaction.

Si la situation est en voie de médicalisation :

1. Le processus de la médicalisation est achevé, soit au niveau conceptuel ou institutionnel ou interactionnel ou encore aux trois niveaux.
2. Le processus de médicalisation est interrompu. Cela veut dire que la situation n'est pas reconnue comme requérant la compétence médicale, mais elle fait partie d'un autre champ d'interaction. Il y a non médicalisation.

Pourquoi une situation est-elle médicalisée et pas une autre ? Peut-être que les bénéfices recherchés ne sont pas assez visibles ou encore que les explications ou traitements proposés sont restreints. Pourquoi une situation est-elle démedicalisée ? Peut-être que les valeurs des acteurs changent. Ceux-ci alors se tournent vers autre chose que la médecine et s'orientent vers des définitions concurrentes pour cette même situation.

C'est en étudiant l'impact des facteurs de médicalisation sur une situation que nous pourrions comprendre ce qui dirige une médicalisation de même que la variation des degrés de médicalisation.

### 1.2.3 NON-MÉDICALISATION ET DÉMÉDICALISATION

Nous pouvons nous poser la question à savoir si tous les contextes sont sujets à être médicalisés. Selon Davis (Davis, 2010), il existe quatre situations qui sont susceptibles d'être médicalisées.

- 1) Les comportements déviants comme la violence, l'alcoolisme, la délinquance...
- 2) Les étapes naturelles du corps. Zola (1981) en avait déjà fait mention en intitulant ces situations *les rouages intimes du corps* tels que la naissance, la vieillesse, la ménopause, l'impotence...
- 3) Les problèmes de tous les jours. On retrouve ici la transposition des réponses émotionnelles dues aux difficultés personnelles vécues en dysfonctionnement mental : l'anxiété, la tristesse, la gêne... On peut aussi l'étendre aux mauvaises performances au travail, au trouble de déficit d'attention chez l'adulte. Généralement, la réponse médicale à ces troubles revient à la pharmacologie.
- 4) L'amélioration du corps. Dans cette catégorie, la médecine n'aide pas à « guérir » une maladie ou pallier un déficit, mais elle rend le corps conforme aux normes (comme l'avait déjà mentionné Zola en 1981) et elle pousse les performances du corps et de l'esprit.

Les catégories énoncées par Davis nous permettront de mieux analyser la recherche de Renaud et coll. (1987).

La recherche de Renaud et coll. (1987) intitulée « Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires » examine trois situations (la perte d'autonomie d'une personne âgée, les maux de dos et la responsabilité d'être chef d'une famille



monoparentale) pour comprendre comment les gens apportent des solutions à leurs problèmes sociaux et sanitaires.

Ce sont trois cas qui ont le potentiel d'être médicalisés. Nous pouvons classer le cas d'une personne âgée en perte d'autonomie dans la catégorie les étapes naturelles du corps de Davis. Nous plaçons le fait d'être chef de famille monoparentale dans la catégorie « les problèmes de tous les jours », car le fait de vivre une séparation ou un veuvage est une situation chargée d'émotions. Davis, avec la catégorie « l'amélioration du corps », n'incluait que les personnes en « santé » (p.228). Par contre, plusieurs de ses énoncés s'appliquent aussi aux personnes dont leur corps n'est pas à la hauteur de la norme. Davis énonce que les personnes en santé qui utilisent la médecine pour améliorer leur corps ou leur esprit le font dans la perspective de ne pas se sentir délaissé dans un monde où la concurrence est implacable. Ils le font aussi dans l'intention de vivre une vie de qualité, une vie équilibrée et pleine de sens. Ce sont des objectifs que toutes les personnes, en santé ou non, veulent atteindre. Les techniques médicales utilisées pour améliorer le corps des personnes en santé ont comme origine la correction des déviances de la norme du corps. Ainsi, avant de pouvoir surpasser la norme, il faut l'atteindre. L'individu qui souffre de maux de dos et qui cherche à se soulager veut améliorer la condition de son corps pour se retrouver dans la norme. Pour ces raisons, nous incluons les maux de dos dans la catégorie « amélioration du corps » de Davis.

Nous énumérons, dans les paragraphes qui suivent, les différentes solutions évoquées par Renaud et coll. (1987) pour les trois types de cas ayant le potentiel d'être médicalisés. Pour les cas des maux de dos et de la perte d'autonomie d'une personne âgée, les personnes impliquées ont recours aux médecins et au système de santé lors de périodes de crise ou simplement pour gérer la situation. Dans le cas d'être chef de famille monoparentale, on fait plutôt appel à l'aide judiciaire, à l'aide sociale et aux ressources communautaires. Dans le cas des veuves monoparentales, la plupart (89%) consultent un notaire ou encore un avocat (p.197). Les chefs de famille monoparentale ne consomment pas plus de services de santé que la population en général, même s'ils rapportent un état de santé moins bon que celui rapporté par la population générale. En effet, seulement 34% des chefs de famille monoparentale indiquent qu'ils ont une très bonne santé comparativement à 42,7% de la

population générale. Les chefs de famille monoparentale ont plus recours aux services sociaux que la population en général. Cependant, ils sont moins satisfaits des services de santé et ont plus tendance à porter plainte à ce sujet que la population en général.

Dans le cas des familles monoparentales les plus démunies, la consommation des services de santé est plus élevée que dans la population en général. Les chefs de famille monoparentale les plus démunis dépendent souvent de l'aide sociale. Ils font aussi souvent appel aux services communautaires. Le fait d'être chef de famille monoparentale n'est pas très médicalisé ; on peut même dire que cette situation est non médicalisée. En fait, ce sont le système judiciaire, le système d'aide sociale et le milieu communautaire qui constituent les cadres de référence qui donnent lieu à la construction sociale de ces situations.

Pourquoi cette situation n'est-elle pas médicalisée ? Pourtant une séparation ou un veuvage est un événement chargé d'émotions et rentre dans la catégorie « Les problèmes de tous les jours » de Davis (Davis, 2010). De plus, les chefs de famille monoparentale rapportent une moins bonne santé que la population en général.

La médicalisation est un processus. Elle est aussi influencée par les ressources des acteurs et du milieu social. Dans l'exemple de la médicalisation de l'hyperactivité que nous avons développé précédemment, le domaine pharmacologique avait les ressources matérielles et financières pour amener l'information aux médecins. L'association des enfants avec troubles d'apprentissage avait les ressources humaines et matérielles pour sensibiliser le milieu scolaire.

Dans le cas des familles monoparentales, Jutras et coll. (1989) en étudiant les données de Renaud et coll. (1987), se questionnent justement sur les ressources et les informations offertes.

*« Y a-t-il un manque d'information quant aux possibilités de soutien dont ces familles pourraient bénéficier ? Manque-t-on de ressources du côté de l'État ou des groupes communautaires »  
(Jutras, Guyon et coll., 1989)*

Ainsi, le manque probable de ressources et d'informations combiné avec l'insatisfaction des chefs de famille à propos du service de santé démontrent que les facteurs facilitant la médicalisation ne sont pas en place.

Revenons maintenant aux deux premières situations décrites par Renaud et coll. (1987). Dans ces deux situations, nous remarquons certaines variations dans les types d'intervenants demandés. Ainsi, dans le cas d'une personne âgée en perte d'autonomie, les travailleurs sociaux sont une ressource fréquemment utilisée (p.139). Dans le cas des maux de dos, les patients fréquentent différents types d'intervenants médicaux, allant du médecin généraliste aux praticiens alternatifs, pour trouver un soulagement à leurs maux (p. 161). Dans les cas des maux de dos et de la perte d'autonomie d'une personne âgée, la diversité des intervenants professionnels, qu'ils soient ou non médicaux, montre que l'influence de la médicalisation sur le comportement des requérants est variable. Pourquoi certaines personnes choisissent-elles de se référer à un travailleur social plutôt qu'à un médecin lors de la perte d'autonomie d'une personne âgée ? Et pourquoi certaines personnes choisissent-elles d'aller voir un acupuncteur ou un chiropraticien pour soulager leurs maux de dos ? La réponse se trouve certainement dans le degré auquel la situation et la solution sont médicalisées. Ainsi, lorsque le bénéficiaire est placé en centre hospitalier, selon Renaud et coll. (1987), les aidants des personnes âgées préfèrent le médecin comme personne ressource tandis que dans le cas d'un bénéficiaire placé en centre d'accueil, c'est le travailleur social que l'on favorise. Il semble que plus le centre d'accueil offre une solution médicalisée, plus on aura affaire au médecin et inversement, moins l'endroit de placement offre des traitements médicalisés, plus on favorise le travailleur social.

D'après les données de Renaud et coll. (1987), il est difficile de comprendre si ce sont les aidants qui amorcent le processus de placement dans les centres hospitaliers ou dans les centres d'accueil ou encore s'ils sont contraints d'explorer cette option faute de ressources alternatives.

Nous avons vu jusqu'ici qu'une situation peut être médicalisée ou non médicalisée. Il y a cependant des situations qui sont démedicalisées. La grossesse et l'accouchement au Québec subissent une certaine démedicalisation. L'arrivée des projets pilotes, comme les maisons de naissances dans les quartiers de Côte-des-Neiges et de Côte St-Luc dirigées par des sages-femmes, et le nouveau programme universitaire, baccalauréat en pratique sage-femme offert à l'UQTR (Université du Québec à Trois-Rivières), indiquent que la

maternité se démedicalise. La pratique des sages-femmes et leur conception de la grossesse et de l'accouchement ne sont pas basées sur des termes médicaux.

*La pratique des sages-femmes est basée sur le respect de la grossesse et de l'accouchement comme processus physiologiques normaux, porteurs d'une signification profonde dans la vie des femmes. Les sages-femmes reconnaissent que l'accouchement et la naissance appartiennent aux femmes et à leur famille. (Ordre des sages-femmes, 2017<sup>15</sup>)*

Ainsi, une partie de la société reconnaît que la maternité n'est pas une situation que seuls les médecins peuvent traiter. La grossesse et la maternité redeviennent des étapes naturelles dans la vie d'une femme dans lesquelles la médecine n'est pas obligée d'intervenir.

Si nous retournons au Tableau 1, nous pouvons visualiser où se situent la non-médicalisation et la démedicalisation par rapport à la définition de la médicalisation présentée par Conrad. En effet, nous pourrions dire qu'à l'extérieur de ce schéma s'observent les phénomènes de démedicalisation et de non-médicalisation.

#### 1.2.4 DÉMÉDICALISATION ET DÉPROFESSIONNALISATION

Nous avons vu initialement comment Zola (1980) explique l'émergence de la médicalisation grâce à la faible emprise de la religion sur l'État et grâce à la crise juridique du 20<sup>e</sup> siècle. Or, comme la religion et le droit dans le passé, la médecine perd de son autorité sur la population. Elle n'est plus perçue comme seule capable de régler les problèmes sociaux. Même si elle promet la vie, elle ne garantit pas une qualité de vie. Peut-on parler d'une perte de terrain pour la médecine ?

Certains sociologues ont désigné par le terme « déprofessionnalisation » les changements que subit la médecine. Qu'entend-on par ce concept ? Selon Haug (1975), la déprofessionnalisation survient quand les connaissances ne sont plus monopolisées par une profession, que la profession elle-même est critiquée pour sa conduite sociale et finalement, conséquence des deux premières conditions, quand l'autonomie de la profession est

---

<sup>15</sup> Voir le site internet : <http://www.osfq.org/quest-ce-quune-sage-femme/philosophie-et-normes-de-pratiques/>

questionnée. Dussault (1985) décrit comment la déprofessionnalisation des services de santé se produit.

*« Les conditions d'une déprofessionnalisation des services de santé seraient donc une baisse de la confiance de la population dans les services des experts médicaux, l'affaiblissement de leur soutien institutionnel et le développement d'alternatives thérapeutiques. » (Dussault, 1985, p.611)*

Cependant, déprofessionnalisation ne veut pas dire démedicalisation. L'exemple le plus frappant de la déprofessionnalisation sans démedicalisation est sans doute le recours aux thérapies alternatives. Ici, nous avons bien choisi les termes « thérapies alternatives » et non « médecines parallèles ». La médecine parallèle telle que la médecine chinoise présente des définitions et même des traitements différents de la médecine moderne aux maux présentés. Dans le cas du recours aux thérapies alternatives, nous parlons de déprofessionnalisation. En ayant recours aux thérapies alternatives, nous acceptons la définition que le corps médical donne à notre mal, mais nous jugeons les traitements proposés inadéquats parce qu'ils sont trop violents, trop invasifs, qu'ils n'ont pas les effets escomptés, qu'ils ont des effets secondaires débilissants, etc.

Le traitement d'une hernie discale par la chiropractie est un bon exemple de recours aux thérapies alternatives. Que cela soit un traitement de la hernie par la médecine moderne ou un traitement par la chiropractie, la définition de la hernie discale qui sommairement est un gonflement du disque intervertébral, reste la même. Le traitement proposé en chiropractie est un réalignement de la colonne vertébrale par manipulation (McMorland, Suter *et coll.*, 2010), tandis qu'en médecine moderne le traitement peut s'étendre de la prise d'antidouleur jusqu'à la chirurgie<sup>16</sup>. Ainsi, la médicalisation conceptuelle de la hernie perdure.

Un exemple de démedicalisation par la médecine parallèle serait le traitement de la boulimie par l'acupuncture. En médecine moderne, la boulimie se définit comme un

---

16 Informations trouvées sur le site web de passeport santé  
<http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=hernie-discale-pm-traitements-medicaux-de-la-hernie-discale>

trouble psychiatrique caractérisé par un comportement alimentaire anormal (Chakraborty et Basu, 2010) comme l'ingurgitation massive d'aliments dans un très court laps de temps suivi d'épisodes de vomissements volontaires. Le traitement de la boulimie passe par la médication comme des antidépresseurs et des interventions psychosociales (Chakraborty et Basu, 2010).

En acupuncture, la boulimie est définie comme :

*« La boulimie trouve son origine dans la perturbation de la loge Terre, mais surtout dans l'atteinte des entités viscérales en particulier celle du Cœur : le Shen. » (Stephan, 2000)*

*« Le traitement va donc consister à rééquilibrer le couple Rate-Pancréas, Estomac ainsi qu'à régulariser l'interaction des troubles des âmes viscérales : Shen, Zhi, Po, Yi, Hun. » (Stephan, 2000)*

Nous pouvons constater que l'acupuncture s'est réapproprié les symptômes de la boulimie et les a réinterprétés. Dans son interprétation et dans son traitement, il n'y a plus aucun lien avec la médecine moderne.

### 1.3 LECONCEPT DE SANTÉISATION

La notion de médicalisation, avec tous les apports de ces différents auteurs, est devenue une notion complexe. Pour Illich, la médicalisation est une conséquence de l'industrialisation et est devenue un des concepts piliers de nos sociétés occidentales actuelles. Zola décrit la médicalisation en un processus de contrôle social par les sciences médicales. Conrad, tout en soutenant la définition donnée par Zola, distingue des niveaux et des degrés de médicalisation. Il ne traite pas cependant des enjeux et des différents acteurs de la médicalisation, ce sur quoi Drulhe et Clément mettent au contraire l'accent.

Néanmoins, Zola (1980) avance quelques points à propos de la médicalisation, qui ne coïncident pas tout à fait avec la définition que Conrad en donne. Zola indique qu'un des exemples de la médicalisation est « l'emprunt à la médecine d'une morale de la vie saine » (Zola, 1980, p.39). Ce qui veut dire que le corps médical promeut auprès de la population une manière de vie saine soit de ne pas prendre de drogue, de faire attention à son poids, etc. Ce sont tous des comportements qui pourraient permettre d'éviter de requérir l'aide

d'un médecin ultérieurement. Dans ce phénomène, Conrad (1992) ne voit pas de la médicalisation, mais bien une santéisation (healthicization). La médicalisation propose une définition médicale, une cause biomédicale et des interventions (Renaud 1988, Crawford, 1992) pour pallier les problèmes ou les comportements jugés indésirables tandis que la santéisation encourage un style de vie et un comportement pour régler ou prévenir les problèmes qui pourraient éventuellement être du ressort médical. La médicalisation transfère les comportements ou situations jugés moralement indésirables dans le champ de la compétence médicale alors que la santéisation rend moralement indésirable tout comportement qui requerrait la compétence du champ médical.

*« One (medicalisation) turns the moral into the medical, the other (healthicization) turns health into the moral. »* (Conrad, 1992, p.223).

La santéisation touche toutes les sphères de la vie courante. Crawford (1980) résume bien en quelques mots les principes de la santéisation, soit la préservation de la santé à tout prix, soit la prévention de la maladie à tout prix.

*« In other words, prevention of illness becomes a more pervasive standard by which behavior- eating, drinking, working leisure activities- are judged »* (Crawford, 1980)

L'article de Cohen (1995) qui porte sur le tabagisme montre comment un comportement, une habitude deviennent une maladie, et ce, en passant par la médicalisation. Il est certain qu'il y a eu médicalisation dans l'histoire du tabagisme surtout au moment où l'APA (American Psychiatric Association) change le mot tabac pour nicotine dans la révision de la 3e édition de son Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. En fait, l'APA médicalise conceptuellement une partie du tabagisme en définissant celui-ci comme une dépendance à la nicotine, ingrédient actif de la cigarette. On médicalise alors la dépendance à la nicotine au niveau interactionnel en prescrivant des médicaments comme Zyban ou des traitements médicamenteux à la population. Finalement, la dépendance à la nicotine est médicalisée sur le plan institutionnel lorsque l'État devient un partenaire dans un concours comme « J'arrête, J'y gagne » (concours visant à récompenser les personnes qui

arrêtent de fumer)<sup>17</sup>. L'État, dans ce cas, agit comme le porte-parole des médecins et des organismes de santé qui incitent les fumeurs à renoncer à leur habitude.

La dépendance à la nicotine est fortement médicalisée. Néanmoins, ce n'est pas seulement par la médicalisation que le tabagisme est devenu une maladie. Les conséquences du tabagisme ne sont pas seulement médicales, elles sont aussi sociales. Il est maintenant interdit de fumer dans et autour des endroits publics et il faut protéger les jeunes en limitant, par des lois gouvernementales, l'accès aux cigarettes ... Comme le fait remarquer Cohen, ce n'est que très récemment que fumer est devenu une déviance morale.

*Il faut se rappeler que jusqu'à très récemment, le seul comportement qui distinguait les fumeurs des non-fumeurs était le fait que les fumeurs ... fumaient. Personne n'en était moralement offusqué ou ne considérait cette pratique comme indice de dépravation sociale (Cohen, 1995, p.130).*

Si le tabagisme et le sevrage sont devenus une question sociale, ce n'est pas seulement à cause de la médicalisation du tabagisme comme le montre Cohen. Nous prétendons que c'est aussi à travers un processus de santéisation des risques du tabagisme. Selon Cohen, dans le contexte culturel actuel, le sevrage de la cigarette est exigé de plus en plus hâtivement et fumer est devenu une activité socialement répréhensible. Cependant, Cohen n'explique pas comment l'attitude envers la cigarette a subi un tel changement. Pourquoi devons-nous arrêter de fumer ? Pourquoi doit-on interdire de fumer ? Parce que fumer est mauvais pour la santé ; parce que fumer peut engendrer des problèmes de santé comme des cancers ou des maladies cardiaques ; parce que fumer ne correspond pas à l'image que l'on se fait d'une personne en santé. Ces réponses ne sont pas de la médicalisation, mais de la santéisation. La médicalisation consiste à traiter le tabagisme, et plus précisément, la dépendance à la nicotine comme une maladie avec des traitements et des définitions médicaux. La santéisation est le fait de dénoncer le tabagisme, le fait d'affirmer que fumer est un risque pour la santé.

---

<sup>17</sup> Voir le site web : <http://defitabac.qc.ca/>



Qu'est-ce qui fait qu'un comportement devient une déviance ? C'est qu'une norme autrefois acceptée est maintenant rejetée. Fumer était (et c'est encore le cas chez certains adolescents) une manière distinguée de se montrer en public et d'appartenir à un groupe social. Fumer est devenu aujourd'hui un comportement néfaste pour la santé alors que la santé est une valeur populaire très acceptée et qu'elle est la morale du jour. Faire de la santé une morale, c'est de la santéisation.

Ainsi, la dépendance à la nicotine est devenue une maladie parce qu'elle a été médicalisée. Nous ajoutons que la santéisation a fait du tabagisme une déviance par rapport à la valeur santé.

*«Health and understanding of what it is have mutated and been transformed such that health is now a central focus of all parts of our lives, not just when we are experiencing the absence of disease, or interacting with what traditionally we would have considered the health care system or health care practice realm. » (Cheek, 2008, p.974)*

Dans l'exemple du tabagisme, nous avons déterminé deux aspects de la santéisation soit que nos comportements peuvent nuire à l'amélioration de la santé et que nos comportements peuvent engendrer un problème de santé. Par contre, la santéisation ne se résume pas simplement à l'évaluation de nos comportements en fonction de la santé. Elle implique que nos choix de vies soient faits en fonction de la santé.

### 1.3.1 SANTÉISATION ET MÉDICALISATION

Qu'est-ce que la santéisation par rapport à la médicalisation ? Peut-on dire que la médicalisation est, conceptuellement, un sous-ensemble de la santéisation ? Ou sont-elles des ensembles distincts ayant un terrain commun ? En fait, la santéisation et la médicalisation partagent un terrain commun : la source problématique d'un phénomène est l'individu et son corps. En reprenant la définition de la médicalisation de Conrad, c'est-à-dire décrire un phénomène en termes médicaux, incluant les phénomènes sociaux, cela permet de détourner le regard sur les défaillances du système social pour les rediriger vers l'individu. Ce n'est plus le système social qui est la source du problème, c'est l'individu

qui est à la source de son mal. C'est l'individu qui doit changer, qui doit se soigner. C'est ce qu'on appelle l'individualisation.

En médicalisation, les concepts médicaux de même que les thérapies médicales isolent l'individu et son corps de son contexte social dans lequel le mal est survenu (Crawford, 1980, p.372). Un exemple de l'individualisation dans la médicalisation est le traitement de l'obésité. L'obésité est un phénomène occidental multifactoriel. Elle peut être expliquée en partie par le changement de pratiques alimentaires et la baisse de l'activité physique dus à notre mode de vie comme la mécanisation des transports et les emplois plus sédentaires (Poulain, 2002). Il y a aussi d'autres facteurs, tels que le statut socio-économique, qui influencent l'obésité. Poulain (2002) relate que les femmes qui sont au bas de l'échelle sociale sont plus touchées par l'obésité que celles qui font partie de la classe moyenne ou supérieure. Pourtant, une des méthodes médicales pour résoudre l'obésité consiste en la chirurgie bariatrique. La chirurgie bariatrique s'exerce sur le corps de l'individu et ne modifie pas les facteurs sociaux de l'obésité.

En santéisation, l'individu est aussi vu comme la source problématique, mais contrairement à la médicalisation, l'individu est aussi la source de la solution.

*« For the healthist, solutions rest within the individual's determination to resist culture, advertising, institutional and environmental constraints, disease agents or simply lazy or poor personal habits. » (Crawford, 1980, p. 368)*

L'individu vaincra sa situation problématique en changeant son comportement et en adoptant des nouvelles habitudes de vie saine. Il pourra aussi, s'il le désire, combiner son nouveau mode de vie à des thérapies médicales (Crawford, 1980). La santéisation, comme la médicalisation, ne modifie pas le contexte social dans lequel l'individu se trouve.

Le programme Lifescript démontre bien l'insistance du gouvernement australien pour modifier le comportement de l'individu sans modifier son contexte social. Le but du programme Lifescript, introduit en 2003-2004, est de favoriser le maintien d'une bonne santé en octroyant aux médecins la possibilité de « prescrire » de bonnes habitudes de vie (Cheek, 2008). En reprenant l'exemple de l'obésité, dans le programme Lifescript le médecin pourra prescrire de l'activité physique et une alimentation plus riche en fruits et

légumes, mais ceci n'altérera pas l'environnement social ou l'environnement économique dans lequel l'individu évolue. Or, l'environnement social et l'environnement économique sont des facteurs qui ont une influence sur le phénomène de l'obésité (Poulain, 2002).

Une des différences marquantes entre la médicalisation et la santéisation et que cette dernière est un processus moralisateur et normalisateur. Conrad (1992) a décrit que la santéisation change la santé en morale. Or, une morale implique inévitablement une adhésion à des normes et des valeurs.

*« Agir suivant une norme implique en effet l'adhésion à des valeurs collectivement partagées » (Baril, Paquette, 2012, p3).*

Weber (1995) affirme que pour qu'une norme soit observée, il faut qu'il y ait en place des contraintes. Weber identifie deux types de contraintes soit les contraintes de l'ordre de la convention et les contraintes de l'ordre du droit.

*« On parlera de convention lorsque la déviance des actions par rapport à la norme entraîne une réprobation générale et perceptible à l'intérieur d'un groupe donné ; on se retrouvera plutôt dans l'ordre du droit lorsqu'un pouvoir légitime ou une instance compétente assure par la force le respect de la norme en imposant une peine en cas de non-respect. » (Baril et Paquette, 2012, p.4)*

Un exemple de la contrainte de l'ordre du droit en santéisation est la loi au Québec sur la lutte contre le tabagisme<sup>18</sup>. Cette loi interdit entre autres de fumer à l'intérieur de tous lieux publics fermés et à l'extérieur de lieux fermés dans un rayon de neuf mètres de toute porte de cesdits lieux. Cette loi a été adoptée pour contrer les effets ravageurs du tabagisme sur la santé des fumeurs et des non-fumeurs (Montreuil, (2015).

Nous retrouvons en santéisation beaucoup de contraintes de l'ordre de la convention. En effet, étant donné qu'en santéisation la santé est perçue comme une « valeur centrale », tout individu qui ne fait pas les efforts nécessaires pour retrouver, maintenir ou améliorer sa santé sera vu comme déviant.

---

<sup>18</sup> Voir le site web de Publication Québec : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/L-6.2>

*« And as health becomes a super value those who fails to seek it become near pariahs. » (Crawford, 1980, p. 379)*

Dans le programme Lifescript, nous pouvons souligner plusieurs exemples de contraintes de l'ordre de la convention. Ainsi lorsque le médecin<sup>19</sup> prescrit à un individu de bonnes habitudes de vie, ceci implique que celui-ci assumera ses responsabilités et fera les actions nécessaires pour se conformer aux prescriptions. Or, toutes les actions qui résultent d'une responsabilité individuelle sont sujettes à être critiquées (Cheek, 2008)

*« The notion of individual responsibility promotes an assumption of personal blame. (Crawford, 1980, p. 378)*

Le programme Lifescript démontre cette contrainte puisque les choix de l'individu peuvent être jugés par le médecin, par l'individu et son entourage. De plus, si l'individu ne s'est pas conformé aux prescriptions du médecin, la critique pourra être sévère en jugeant que la défaillance de sa santé est directement attribuable à sa responsabilité ou plutôt à son manque de responsabilité.

Contrairement à la santéisaiton, la médicalisation n'est pas un processus normatif ou moralisateur. La médicalisation est un processus. En soi, elle n'a pas à être jugée bonne ou mauvaise (Conrad, 2013). Certains groupes d'individus trouvent des bienfaits à médicaliser certaines situations. Par exemple, la perte de vision due aux cataractes ne fait plus partie des conséquences irrémédiables de la vieillesse. Par contre, plusieurs groupes féministes trouvent que la grossesse et l'accouchement ont subi une médicalisation agressive et invasive. (Conrad, 2013)

---

<sup>19</sup> Ici nous pourrions rajouter que le médecin incarne symboliquement une figure de contrainte de l'ordre de la convention puisque qu'il fait office, dans ce programme, de figure d'autorité.

### 1.3.2 LES NIVEAUX EN SANTÉISATION

Nous proposons d'appliquer au concept de santéisation les mêmes distinctions de niveaux que celles établies par Conrad pour le concept de médicalisation. Le programme Lifescript du gouvernement australien est, encore une fois, un bel exemple de santéisation à tous les niveaux.

Ainsi, conceptuellement, les médecins doivent analyser avec l'aide de la table des 5 A<sup>20</sup> les habitudes de vie pour ensuite les diagnostiquer en termes de bonnes ou mauvaises pour la santé. Le programme Lifescript en soi est santéisé institutionnellement puisque son seul but est la promotion et le maintien de la santé basé sur une conception médicale de la santé.

Toujours dans ce programme, il y a santéisation interactionnelle lorsque le médecin, qui dans ce programme est plutôt considéré comme un technicien de la santé, écrit au patient une prescription de bonnes habitudes de vie. Contrairement à la médecine moderne où la prescription est ensuite présentée à un autre spécialiste de la santé, c'est au patient de suivre ou non les recommandations de la prescription.

### 1.3.3 ORIGINE DE LA SANTÉISATION

Une autre question surgit. D'où vient la santéisation? Est-ce qu'il aurait pu y avoir santéisation sans qu'auparavant un processus de médicalisation ne se soit mis en place? Pour qu'il y ait santéisation, il faut connaître et comprendre l'anatomie du corps et de ses agents pathogènes, ce que la médecine a permis. Les médecins ont mis en évidence et diffusé la compréhension de l'être humain comme corps-machine, corps biochimique, corps système, etc. Ce n'est qu'après avoir émis une théorie sur le fonctionnement du corps que nous pouvons établir ce qu'est la santé.

Si la santé est devenue une valeur dominante, c'est que la médecine ne peut plus légitimer son autorité en se rattachant aux sciences exactes et que ses définitions et traitements sont désormais l'objet de soupçons et de remises en question.

---

<sup>20</sup> Voir Annexe A

*« However, the well-known inability of medicine to find a cure for many of the chronic and degenerative diseases, especially heart disease, stroke, and cancer, combined with the cost crisis in medicine and the accumulation of data which even question the contribution of medicine to the decline or mortality from infectious disease, have all pushed policy discussion toward the consideration of more effective strategies of disease prevention. »*  
(Crawford, 1980).

Prendre sa santé en main devient alors le nouveau dogme. Cependant, il ne surpasse pas la médecine. Nous pensons plutôt que la santéisation et la médicalisation sont des processus qui se renforcent l'un l'autre en vue d'assurer à la population une meilleure qualité de vie.

La médicalisation est quelquefois confondue avec la santéisation. Même si ces concepts ont des points en commun, ce sont deux notions bien différentes. La médicalisation implique la traduction en terme médicaux des phénomènes liés aux êtres humains. Tandis que la santéisation implique que la santé devient une morale, que nos mœurs et nos habitudes devraient toujours s'orienter vers le maintien d'une bonne santé et même son amélioration.

## 1.4 MÉDICALISATION ET NUTRITION

Nous avons jusqu'à présent élaboré les concepts de médicalisation et de santéisation. Nous devons nous demander à ce stade-ci si ces concepts ont une influence sur l'alimentation et le choix alimentaire. Il est également important de réintroduire la notion de manger santé ou manger sainement que nous avons définie au début de ce chapitre. Ainsi, nous avons défini que manger sainement équivaut « à dire que le choix alimentaire est fait en fonction du désir de bien fonctionner physiquement, mentalement et spirituellement dans la société. » Toutefois une question surgit : Qui détermine ce qu'est une alimentation santé ou saine ? Au Canada et au Québec, la population peut être informée de ce qu'est une alimentation saine en consultant les différents programmes et politiques alimentaires gouvernementaux au sein des politiques de santé.

Au Canada, la compétence en matière de santé - ce qui inclut aussi les politiques alimentaires-, est divisée entre les gouvernements fédéraux et provinciaux. Le palier fédéral s'occupe essentiellement de prévention (Duhamel, 2010) tandis que le palier provincial a un rôle beaucoup plus actif en termes de programmes et d'interventions auprès de la population.

Depuis les années 1970, il y a eu au Québec cinq programmes de santé publique comprenant un volet sur la nutrition. Le plus important programme qui traita uniquement d'alimentation fut la politique québécoise en matière de nutrition de 1977 (Guérard, 2013). Cette politique visait à encourager les Québécois de consommer trois repas par jour, de réduire de 50% l'apport de sucre, de réduire de 25% l'apport en matières grasses et d'augmenter l'apport en cellulose (Bertrand, 1995). Depuis cette politique, le volet de nutrition s'est amalgamé et dilué dans les politiques de santé publique. En effet, la politique de santé publique de 1998 constate que certaines habitudes alimentaires se sont améliorées, mais que persiste encore la consommation de produits alimentaires nocifs pour la santé, soit le sucre, les boissons gazeuses, les pâtisseries et les matières grasses. Le programme reconnaît qu'il existe un lien entre l'alimentation et les maladies chroniques telles que le diabète, le cancer et les maladies cardio-vasculaires(Québec, 1998). Dans ce programme de 1998, le seul objectif concret par rapport à l'alimentation est la réduction de 15% de la consommation d'alcool. Le programme de 2003-2012 veut pallier la consommation insuffisante de fruits et légumes et a comme objectif d'augmenter de 80% la proportion d'adultes qui consomment au moins 5 portions de fruits et de légumes (Québec, 2008). En ce qui concerne les plans d'action de 2006-2012 et le programme de santé publique de 2015, le thème de l'alimentation y est sommairement abordé sans établir d'objectifs précis pour la population en général.<sup>21</sup>

Le gouvernement fédéral a publié plusieurs documents concernant la santé et l'alimentation. Par contre, un seul est destiné à la population en général, nous parlons ici du Guide alimentaire canadien. Ce guide, présenté pour la première fois en 1942 sous le titre « *Règles*

---

<sup>21</sup> Voir le site web des publications du Ministère de la Santé et des Services sociaux : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>

*alimentaires officielles au Canada* », se voulait une brochure d'information sur les aliments à consommer quotidiennement pour promouvoir une bonne santé tant sur le plan énergétique que nutritionnel. Ce guide sommaire contenait 6 groupes d'aliments, soit le lait, les fruits, les légumes, les céréales et le pain, les viandes et les poissons et finalement les œufs. On y faisait la promotion de la tomate, des agrumes, des légumes verts ou jaunes, du foie, du cœur, des rognons en plus de reconnaître l'importance de la pomme de terre dans l'alimentation canadienne. Le guide encourageait la population à sélectionner d'autres denrées de leur choix pour accompagner ces aliments.

Déjà en 1944, il y eut certaines modifications à ce guide alimentaire. On fusionna, vu leur haute teneur en protéines, les œufs et le fromage avec les viandes et les poissons. Ce n'est qu'en 1977 que le Guide alimentaire canadien subit une transformation majeure. En effet, les aliments furent regroupés en quatre groupes alimentaires, soit les fruits et les légumes, le lait et les produits laitiers, le pain et les céréales, et finalement la viande et ses substituts. Ces quatre groupes alimentaires sont encore en vigueur de nos jours. Le guide ne fait plus la promotion d'aliments en particulier, mais introduit le concept de portion, c'est-à-dire la quantité d'aliments que chaque personne doit consommer. Ces portions sont exprimées en poids et en volume. La version de 1982 insère un nouveau message sur la variété, l'équilibre énergétique et la modération. Cette modification qui semble anodine à première vue, est en fait une réorientation du discours alimentaire. « *En plus de la prévention des carences nutritives, ce qui était l'objectif des anciens guides alimentaires, le Guide alimentaire de 1982 visait la réduction de l'incidence des maladies chroniques* » (Santé Canada)<sup>22</sup>. En effet, ce guide fait mention pour la première fois de la notion de poids idéal. De plus, il préconise la consommation d'aliments faibles en gras, en sucre et en sel de même qu'une consommation modérée d'alcool.

Cette réorientation du discours se poursuit avec la version actuelle et fait référence à la version originale. Elle propose certains types d'aliments et fait la promotion d'une cuisson

---

<sup>22</sup> Voir le site web de Santé Canada : [http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/context/fg\\_history-histoire\\_ga-fra.php#a1992](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/context/fg_history-histoire_ga-fra.php#a1992) qui a été consulté le 4 avril 2017



dite plus santé<sup>23</sup>. La version de 2007 (version actuelle) ne fait pas simplement la promotion d'une saine alimentation, mais recommande aussi un certain style de vie. En effet, elle promeut l'activité physique, l'apparence de soi et le bien-être en général, la diminution des maladies chroniques telles que le diabète de type 2, les maladies du cœur, l'ostéoporose et certains types de cancer.

Le Guide alimentaire canadien de 1942 est passé d'un guide instructif sur les aliments de base à un guide moralisateur qui prône la santé, la bonne forme physique, la sensation de bien-être et une meilleure apparence physique. Il n'hésite pas non plus à y recommander le nombre d'heures d'activité physique que les adultes et les enfants devraient pratiquer. Cependant, même si de nouveaux messages de santé ont fait leur apparition dans la dernière version du guide alimentaire canadien, le but original des différentes publications au fil des ans est de réviser les informations nutritionnelles pour respecter les dernières connaissances scientifiques en nutrition (Katamay, Esslinger *et coll*, 2007).

La nutrition est la science qui étudie « *l'apport alimentaire répondant aux besoins de l'organisme* »<sup>24</sup>. Cette science peut déterminer quel aliment bénéficie le bon fonctionnement du corps en déterminant les nutriments qui ressortent de la décomposition des aliments durant le processus de digestion. Ainsi, la nutrition ne considère pas l'alimentation dans son ensemble, c'est-à-dire à la fois symbolique, sociale et nutritionnelle. La nutrition n'étudie que le côté nutritionnel de l'alimentation. En réduisant l'alimentation à une seule dimension et en expliquant l'aliment en termes de nutriments et de leurs compositions biomédicales, plusieurs auteurs considèrent que la nutrition a favorisé la médicalisation de l'alimentation et du choix alimentaire (Scrinis, 2008, Mayes et Thompson, 2014, Poulain, 2002). Dans le cas de la nutrition, nous parlons de la

---

<sup>23</sup>Tiré du Guide alimentaire canadien Mangez au moins un légume vert foncé et un légume orangé chaque jour. • Choisissez des légumes verts foncés comme le brocoli, les épinards et la laitue romaine. • Choisissez des légumes orangés comme les carottes, les courges d'hiver et les patates douces. 4 Choisissez des légumes et des fruits préparés avec peu ou pas de matières grasses, sucre ou sel. • Dégustez des légumes cuits à la vapeur, au four ou sautés plutôt que frits. 4 Consommez des légumes et des fruits de préférence aux jus.

<sup>24</sup> Voir le site web de l'Organisation mondiale de la santé : <http://www.who.int/topics/nutrition/fr/>

médicalisation de l'alimentation, car l'alimentation est conceptualisée en termes biomédicaux. Les aliments sont perçus selon leurs composants fonctionnels. Ainsi, la tomate et la carotte deviennent des porteurs de « caroténoïde, d'alpha-carotène, de bêta-carotène et de lycopène<sup>25</sup> ». Cette tendance à ne voir que les composants fonctionnels des aliments se répercute dans l'industrie alimentaire (Scrinis, 2008). L'industrie alimentaire utilise les composants fonctionnels des aliments comme stratégies de marketing. La compagnie de jus OASIS a une gamme de produits où sur l'emballage on vante les composants fonctionnels des aliments utilisés<sup>26</sup>. Pour Scrinis (2008), les nutritionnistes, les guides alimentaires et l'industrie de l'alimentation encouragent la population à construire son alimentation autour des composants fonctionnels des aliments. Pour cet auteur, cette nouvelle construction de l'alimentation n'est pas de la nutrition, mais du nutritionnisme. C'est une vision réductionniste de la nutrition qui isole l'aliment et le corps de tout contexte et tend à remplacer toute autre forme de connaissance sur l'alimentation et de sa relation avec le corps.

*«Within the nutritionism paradigm, this nutri-biochemical level of knowledge is not used merely to inform and complement but instead tends to displace and undermine food level knowledge, as well as other ways of understanding the relationship between food and the body. » (Scrinis, 2008, p.40)*

C'est cette vision de l'alimentation qui est présentée à la population comme étant la voie vers une alimentation saine. Le gouvernement fédéral en publiant le guide alimentaire, mais aussi le gouvernement du Québec<sup>27</sup>, plusieurs organismes, Diabète Québec<sup>28</sup>,

---

<sup>25</sup> Voir le site web Extenso qui le centre de référence sur la nutrition de l'Université de Montréal.  
<http://www.extenso.org/article/les-aliments-fonctionnels/>

<sup>26</sup> Voir le site web des jus OASIS : <http://www.oasis.ca/produits/oasis-pause-sante/>

<sup>27</sup> Voir le site web de Santé Québec : <http://sante.gouv.qc.ca/>

<sup>28</sup> Voir le site web de Diabète Québec : <http://www.diabete.qc.ca>

Association pour la santé publique du Québec<sup>29</sup>, Maman pour la vie<sup>30</sup> par l'industrie alimentaire telle que les jus Oasis et les médias tels que les magazines Coup de pouce<sup>31</sup>, Gabrielle<sup>32</sup> participent à communiquer cette vision réductionniste de l'alimentation.

Mayes et Thompson (2014) argumentent que la santéisation, qui est au sein de nos sociétés, encourage la diffusion de la nutrition en laissant pour compte toute autre forme de connaissances alimentaires. En encourageant cette diffusion, la santéisation promeut une perspective du bien-être et de la santé basée sur le fonctionnement biologique du corps.

*«By limiting the basis of food choice to nutritional value, not only are specific foods and cuisine excluded or devalued, but there is also an implicit evaluation of good life as determined by biological health.» (Mayes et Thompson, 2014, p.163)*

Cependant, définir la santé en fonction du mécanisme corporel nous ramène à une approche naturiste de la santé.

## CONCLUSION

Nous avons entrepris ce chapitre en démontrant les multiples définitions de la santé. Nous avons poursuivi une réflexion sur la médicalisation ce qui nous a amenés à explorer le concept de la santéisation. Nous nous sommes par la suite questionnés sur l'influence de la médicalisation sur l'alimentation. Nous avons découvert que la nutrition est définie comme la médicalisation de l'alimentation, car elle conceptualise les aliments en termes biomédicaux en fonctions de leurs composants nutritionnels. Cette vision de l'alimentation est diffusée à travers les membres de la société par les gouvernements actuels, par l'industrie alimentaire et par les médias et remplace tout autre conceptualisation et définition de l'alimentation. L'influence de la santéisation sur la société invite à la diffusion de cette vision de l'alimentation, car seule la nutrition est perçue comme capable de

---

<sup>29</sup> Voir le site web de l'association : <http://www.aspq.org>

<sup>30</sup> Voir le site web : <http://www.mamanpourelavie.com/>

<sup>31</sup> Voir le site web du magazine Coup de pouce : <http://www.coupdepouce.com>

<sup>32</sup> Voir le site facebook du magazine Gabrielle : <https://fr-ca.facebook.com/magazineGabrielle/>

déterminer le choix alimentaire pouvant bénéficier à la santé. Cependant, la nutrition ne privilégie qu'une perspective de la santé, soit la santé centrée sur la biologie du corps, qui est une approche naturiste de la santé.

# Chapitre 2 : Démarche méthodologique

---

## INTRODUCTION

Dans ce chapitre, nous expliquerons notre démarche méthodologique. Dans un premier temps, nous reformulerons nos questions de recherche pour les inclure dans un cadre pratique. Nous poursuivrons avec une explication de notre échantillonnage et de notre méthode de cueillette. Nous terminerons avec une explication de la méthode d'analyse.

### 2.1 MISE EN CONTEXTE DE LA QUESTION DE RECHERCHE

Pour étudier l'évolution du choix alimentaire et jusqu'à quel point celui-ci est médicalisé ou santéisé, il faut établir un contexte pratique. C'est en étudiant des recherches quantitatives sur l'alimentation québécoise que l'interrogation sur l'évolution du choix alimentaire nous est venue. Il paraît donc sensé que notre recherche se fasse auprès de Québécois.

Ainsi dans un contexte pratique, la question de recherche devient :

- Comment le choix alimentaire des Québécois évolue-t-il et jusqu'à quel point est-il médicalisé ou santéisé ?

Pour répondre à cette question, nous avons choisi d'adopter une approche de type qualitative. En effet, une approche qualitative permettra d'articuler adéquatement le cheminement compréhensif de l'étude. Cette étude essaie de comprendre, à l'aide des concepts préalablement élaborés, le choix alimentaire et la transformation du choix alimentaire au sein de la société québécoise. En plus d'éclairer un aspect du comportement alimentaire, la démarche compréhensive mettra en évidence la structure sociale du choix alimentaire, des modèles de comportements normatifs qui entourent le choix alimentaire et les normes alimentaires.

Pour mener à terme notre recherche, nous avons décidé d'effectuer des entretiens semi-dirigés et individuels. Nous avons choisi de faire des entrevues individuelles, car il est plus facile de se concentrer sur la particularité de chaque parcours et de chaque expérience. De plus, cela permet à toutes les personnes de s'exprimer librement sans ressentir une gêne ou une contrainte émanant d'un groupe de discussion. Des entretiens semi-dirigés nous

permettent d'amener l'interviewé à élaborer sur les thèmes préalablement sélectionnés par le chercheur.

Effectivement, selon Blanchet et coll. (2009)

*« L'enquête par entretien est ainsi particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être témoins actifs ; lorsque nous voulons mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent. » (Blanchet et Gotman, 2009, p.24).*

Dans cette citation, nous retrouvons le sens de la démarche compréhensive dans laquelle cette étude veut se situer.

L'enquête par entretien semi-dirigé est un échange entre l'interviewé et l'intervieweur dans le but de créer de la connaissance. L'entretien semi-dirigé n'est pas un questionnaire oral. L'entretien est un outil souple qui permet de faire des ajustements selon le déroulement de celui-ci tout en gardant un fil conducteur. Chaque entretien est singulier, car c'est l'interaction entre l'interviewé et l'intervieweur qui détermine la profondeur des termes abordés. L'aspect le plus important dans l'entrevue est de laisser parler l'acteur du phénomène que nous cherchons à comprendre, car c'est son point de vue, son expérience vécue qui sont au cœur de cet échange.

Selon Amazan (2016), l'entretien semi-dirigé s'étale sur quatre étapes. La première étape consiste à créer une **grille d'entretien**. La grille d'entretien sert à regrouper les questions à poser selon les thèmes à aborder dans l'entrevue. Ces questions sont posées toujours dans le même ordre lors de chaque entrevue. En suivant la grille d'entretien, l'intervieweur s'assure que tous les aspects pertinents de la recherche sont abordés avec tous les répondants (Boutin, 2000). La deuxième étape consiste au **recrutement des répondants**. Il est important de bien préparer cette phase, car l'objectif idéal de cette étape est la constitution d'un échantillon représentatif de la population à laquelle la recherche s'adresse. Pour former un échantillon le plus représentatif possible, Boutin (2000) suggère de suivre les recommandations suivantes de Seidman (1991, cité dans Boutin, 2000, p.104) :

- 1) Rejoindre les participants par l'entremise d'une personne clé. Cette personne clé est celle qui pourra initialement présenter la recherche et vérifier l'intérêt du répondant potentiel à participer à la recherche.
- 2) Entrer en contact avec le répondant potentiel de manière la plus personnalisée que possible.
- 3) Constituer une banque de candidats. Ceci permettra de remplacer un répondant potentiel qui doit annuler l'entretien.
- 4) S'assurer que les candidats retenus répondent aux critères de sélection.

La question du nombre de répondants est souvent litigieuse. Seidman (1991, cité dans Boutin, 2000) suggère plutôt de prendre en considération la représentativité des répondants par rapport à la population et la saturation des données recueillies pour déterminer si le nombre de répondants est atteint ou doit être augmenté pour enrichir l'enquête.

Après le recrutement des répondants s'amorce la troisième étape de l'entretien semi-dirigé, **l'entrevue**. Lors de l'entrevue, il est important de maintenir les conditions favorisant la communication. L'intervieweur doit être à l'écoute du répondant pour pouvoir maintenir la confiance de celui-ci et respecter son intimité.

Une fois les entrevues terminées, c'est la dernière étape qui s'amorce, **l'analyse des données**.

## 2.2 L'ÉLABORATION DE LA GRILLE D'ENTRETIEN

Notre grille d'entretien comporte des questions fermées et des questions ouvertes. Les questions fermées ont été utilisées pour recueillir des informations sociodémographiques sur les répondants.

Les autres questions de notre grille d'entretien sont des questions ouvertes qui permettent à l'interlocuteur s'exprimer librement sur le thème abordé.

Notre grille d'entrevue comporte une section démographique et trois grands thèmes.

- a) Section sociodémographique ;
- b) La signification de la santé;
- c) L'alimentation et l'alimentation saine;

d) Les sources d'informations en santé et en alimentation.

Notre grille d'entretien nous permet d'aborder deux domaines, la santé et l'alimentation. Nous croyons qu'en abordant ces deux domaines séparément nous pouvons déterminer le sens et l'importance que le répondant donne à chacune de ses deux dimensions et les liens qu'il établit entre ces deux domaines. C'est dans la création de ces liens que nous espérons constater, dans le choix alimentaire, la place qu'occupent la santé et la médicalisation.

*Section sociodémographique*

Dans un premier temps, nous avons recueilli des informations d'aspects sociodémographiques. Nous avons confirmé auprès de ces répondants leur âge, leur niveau de scolarité, leur revenu, le nombre de personnes qui habitent avec eux et le lien entre ces personnes et le répondant. Nous voulions vérifier si tous ces aspects sociodémographiques peuvent avoir un impact sur les liens entre les domaines de la santé et de l'alimentation.

*Signification de la santé*

Dans un second temps, nous avons demandé aux répondants de s'exprimer sur la signification de la santé et l'importance de la santé dans leur vie. Ici notre intention était de déceler comment leur expérience de vie a influencé leur perception de la santé. Nous avons aussi tenté de discerner si les participants considéraient que leur environnement social et leur environnement physique leur permettaient de construire leur santé comme ils le désiraient.



### *L'alimentation et l'alimentation saine*

Nous avons poursuivi l'entrevue avec des questions portant sur les éléments importants dans leur alimentation et les changements qu'ils ont apportés à leur alimentation au cours de leur vie. Le but de ces questions était de tenter de déterminer les éléments déclencheurs qui amorcent un changement au sein de l'alimentation. Nous leur avons aussi demandé de se souvenir de leurs repas d'enfance et de les comparer aux repas qu'ils prennent aujourd'hui. L'intention derrière cette question était de discerner les nuances dans le langage lorsqu'ils évoquent les aliments d'autrefois par rapport au langage qu'ils utilisent pour parler de l'alimentation d'aujourd'hui.

Nous avons cherché à découvrir l'opinion des répondants sur les composants d'une alimentation saine et sur les endroits où ils se procurent leurs aliments sains. En posant ces questions, nous pouvions évaluer l'influence des messages diffusés dans la société à propos d'une alimentation santé et l'influence de l'industrie alimentaire sur leur choix alimentaire.

### *Sources d'informations en santé et en alimentation*

Nous avons conclu les entretiens sur des questions portant sur les sources d'informations en santé et en alimentation. Le but de ces questions était de mesurer l'influence des médias, des professionnels de la santé et des nouvelles technologies (comme le web) sur la diffusion des informations par rapport à la santé et à l'alimentation.

## 2.3 L'ÉCHANTILLONNAGE

Pour bien faire ressortir les structures sociales qui influencent l'alimentation des individus, l'échantillon de cette étude sera contrasté. Selon Massé (1990), la composition du ménage influence la qualité de l'alimentation<sup>33</sup>. L'échantillon doit donc être diversifié et composé de sous-groupes de femmes vivant seules ou en couple et d'hommes vivant seuls ou en couple.

---

<sup>33</sup> Voir la section Contexte p.5 de ce mémoire.

L'enquête se déroule dans la grande région métropolitaine de Montréal. La région métropolitaine de Montréal est une région facilement accessible géographiquement et la population qui y habite est diversifiée économiquement et culturellement. Pour capter l'évolution du choix alimentaire, les participants retenus ont 60 ans et plus. Nous avons choisi des répondants de 60 ans et plus, car les répondants les plus jeunes de notre échantillon, soit ceux nés tout juste avant 1955, ont été témoins d'une grande partie de la transformation du domaine agricole et alimentaire comme stipulé par l'agronome Aubé (1996)<sup>34</sup>. De plus, les plus âgés de l'échantillon ont été témoins des deux phases de la transformation agricole et alimentaire du Québec comme cité par le même auteur. Ainsi les témoignages de notre échantillon reflètent les changements alimentaires et aussi sociétaux qui se sont produits au cours du 20<sup>e</sup> siècle et du début du 21<sup>e</sup> siècle au Québec. Pour nous assurer que la personne interviewée a réellement fait des choix alimentaires, elle doit préalablement répondre par l'affirmative à au moins une des questions suivantes : 1) Faites-vous souvent ou régulièrement l'épicerie pour votre famille ? 2) Faites-vous souvent ou régulièrement la cuisine pour votre famille ? En répondant oui à une de ces questions, nous nous assurons que la personne interviewée a réellement fait des choix alimentaires au cours de sa vie et qu'elle a accumulé une certaine expérience alimentaire.

## 2.4 LE RECRUTEMENT

Le recrutement des participants s'est déroulé en deux étapes. Premièrement, les participants ont été recrutés auprès d'une association de retraités de la région métropolitaine, les Retraités Flyés. Cette association a été choisie, car elle rassemble des personnes à la retraite ou à la préretraite, avec des profils socio-économiques différents et voulant participer à des projets originaux soit :

- *Relever des défis de toutes natures ;*
- *Rencontrer des personnes engagées dans différents projets, au pays ou ailleurs dans le monde ;*

---

<sup>34</sup> Voir la section Contexte p.2 de ce mémoire.

•*Partager des expériences vécues et, le cas échéant, devenir une personne-ressource*<sup>35</sup>.

Le recrutement à travers cette association s'est fait de deux manières. Dès l'émission du certificat d'éthique, une annonce sollicitant la participation à une étude a été affichée sur le site web de l'association. De plus, une des responsables de l'association a remis une lettre de sollicitation aux membres qu'elle a rencontré au cours du mois suivant l'émission du certificat.

À partir des premiers répondants de l'enquête, la méthode boule de neige a été utilisée pour recruter d'autres participants. Nous avons aussi eu recours à des membres de notre famille qui, intéressés par cette recherche, en ont parlé à des candidats potentiels.

Les entrevues se sont déroulées de juin 2015 à août 2015. En tout, dix-huit personnes ont manifesté leur intérêt à participer à cette recherche. De ces dix-huit personnes, deux femmes se sont retirées et un homme ne correspondait pas aux critères de sélection, il n'avait pas l'expérience culinaire nécessaire. Une seule personne a répondu à l'annonce parue sur le site web des « Retraités Flyés ». Les autres participants ont été recrutés par la responsable de l'organisme des « Retraités Flyés » ou avec l'aide des participants et des membres de notre famille.

Des quinze personnes restantes, douze sont des femmes et trois sont des hommes. Il a été plus facile de recruter des femmes. Nous croyons que le fait que la personne-ressource de l'organisme des « Retraités Flyés » était elle-même une femme a facilité le recrutement de participantes. Tous les hommes ont été recrutés selon la méthode boule de neige. Il fut difficile de recruter des hommes pouvant satisfaire aux critères de sélection. Les femmes ayant participé à l'étude connaissent peu d'hommes de 60 ans et plus qui participent aux tâches alimentaires. Même chez les participants, peu d'entre eux connaissent de leurs confrères qui s'impliquent dans la préparation des repas ou l'achat de produits alimentaires. Nous expliquons cette difficulté à recruter des hommes par le fait qu'à cette tranche d'âge,

---

35 Voir le site web des Retraités Flyés, <http://lesretraitesflyes.ca/>, sous la section : Qui sommes-nous?

il y a plus de femmes que d'hommes<sup>36</sup>. De plus, comme nous l'avons mentionné au chapitre 1, il est traditionnellement dévolu à la femme de prendre soin des besoins alimentaires de la famille. Ainsi, il est plus difficile de trouver des hommes de 60 ans et plus qui s'occupent de tâches alimentaires.

## 2.5 CONSIDÉRATION SUR LE NOMBRE D'ENTRETIENS

Pour déterminer le nombre d'entretiens à réaliser, nous nous sommes basés sur le critère de la saturation des données proposée par Seidman (1991, cité dans Boutin 2000). La saturation des données survient lorsque, lors des entrevues, le chercheur remarque que les discours des participants deviennent redondants. Nous avons constaté que nous avons atteint la saturation des données chez les femmes participantes après les douze entrevues. Nous croyons aussi avoir atteint un certain degré de saturation chez les participants hommes, car nous avons remarqué une certaine similitude dans le discours de ceux-ci. Nous pensons avoir assez de données pour faire une comparaison des discours entre les femmes et les hommes.

## 2.6 DÉROULEMENT ET CONDUITE DES ENTREVUES

Ce sont les participants qui ont décidé du lieu des entrevues. Nous leur avons donné le choix de le faire dans une salle à l'Université de Montréal, à leur domicile ou dans tout lieu calme de leur choix. Tous les répondants ont choisi de faire l'entrevue à leur domicile.

Avant d'amorcer l'entretien, nous nous sommes assurés que les participants avaient bien reçu et bien compris la brochure sur l'étude qui leur avait été remise soit par la première personne qui leur a suggéré de participer à l'enquête, soit lors de notre contact initial. Lors

---

<sup>36</sup> Voir Annexe B pour un tableau de la population par grand groupe d'âge et par sexe de l'institut de la statistique du Québec.

du début de l'entretien, nous avons pris le temps nécessaire pour bien répondre à leurs questions concernant l'enquête et à leurs questions concernant le consentement écrit.

Ce temps d'introduction que nous avons pris avec les participants leur a permis d'être à l'aise et de constater que nous étions prêts à les écouter. Les entrevues ont alors débuté dans une relation de confiance. Une fois l'entrevue amorcée, nous avons laissé l'interviewé répondre librement aux questions en lui laissant le temps d'élaborer son discours. Nous sommes intervenus quelquefois pour demander plus de précision ou pour ramener le participant au le sujet de la question.

Les deux premières entrevues nous ont servis à évaluer notre grille d'entretien. Nous nous sommes rendu compte que certaines sections de la grille étaient incomplètes. Nous avons donc raffiné le questionnaire en formulant des questions complémentaires. Ainsi, dans la section sociodémographique, nous avons rajouté une question concernant le lieu de naissance. Effectivement, nous nous sommes questionnés à savoir si le lieu de naissance avait une influence sur l'évolution du choix alimentaire.

Dans la section de la signification de la santé, nous avons rajouté deux questions. La première question rajoutée permettait de savoir si le participant avait modifié son comportement au cours des dernières années pour prendre soin de sa santé et d'apporter plus de précision concernant l'importance de la santé chez le participant. La deuxième question rajoutée, à savoir si le participant est satisfait de sa santé, pour en arriver à connaître l'opinion du participant sur son degré de satisfaction face à sa démarche pour maintenir sa santé ou de sa démarche pour améliorer sa santé.

Dans la section alimentation et alimentation saine, la question « Qu'est-ce qui est le plus important pour vous dans votre alimentation ? » semblait déroutante pour les répondants. Nous l'avons remplacée par « Qu'est-ce qui est le plus important pour vous dans vos aliments ? » Cette question semblait plus concrète pour les participants. Il leur était plus facile d'y répondre. Nous avons aussi rajouté une question à savoir si le participant a ajouté un mets ou un aliment dans son alimentation au cours des dernières années et pourquoi il avait fait cet ajout. Le but de cette question est de constater ce qui déclenche chez le participant le besoin de modifier de son alimentation. Nous avons rajouté une dernière question concernant le degré de satisfaction du participant face à son alimentation. Le but

de cette question est d'observer la satisfaction de l'évolution de l'alimentation du répondant.

En ayant fait ces modifications et en ayant suivi la grille d'entretien, nous croyons avoir recueilli toutes les données nécessaires et pertinentes pour mener à terme cette étude.

Nous voulions initialement interroger un nombre égal de personnes dont le revenu annuel global est de 25 000 \$ et moins et un nombre égal de personnes dont le revenu est de 25 000 \$ et plus. Cependant, au cours des entrevues nous nous sommes rendu compte que le revenu actuel du répondant ne représente pas l'influence que la contrainte économique a pu avoir au cours de l'évolution de son choix alimentaire. Ainsi dans notre analyse, nous ne tiendrons pas compte du revenu.

## 2.7 LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Pour certains auteurs, dont Boutin (2000), l'entretien auprès de personnes âgées peut poser certains problèmes éthiques, car cette population est considérée comme vulnérable. Notre échantillon peut être considéré comme faisant partie d'une population vulnérable, car l'âge des participants s'étale de 60 à 86 ans.

Dans un premier temps, pour nous assurer que notre étude respecte les normes d'éthique de recherche de l'Université de Montréal et avant d'entreprendre les démarches de recrutement des participants, nous avons soumis notre projet de recherche au comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences de l'Université de Montréal

Dans un second temps, toujours dans le but de respecter et de favoriser le bien-être des participants, nous avons pris connaissance des recommandations de Boutin (2000) lors d'entrevues réalisées auprès de personnes âgées.

Une des premières recommandations est le « *respect des habitudes et des valeurs* » (Boutin, 2000, p.92). L'intervieweur ne devrait pas essayer de se faire ami avec le participant âgé. L'intervieweur doit utiliser un langage respectueux et ne devrait pas tutoyer le participant.

La deuxième recommandation est de « *soigner la prise de contact* » (Boutin, 2000, p.92). Ainsi, l'intervieweur doit se présenter en des termes simples. Il ne doit pas utiliser des

termes, un ton ou une formulation de question que le répondant pourrait trouver blessants. L'intervieweur ne doit pas craindre de reformuler la question pour que le participant comprenne bien le sens de la question.

Finalement, Boutin (2000, p.92) recommande de « *prendre des temps de repos* ». L'intervieweur ne doit pas brusquer le répondant dans son temps de réponse. Il est possible que la réponse que le participant âgé formule soit chargée de souvenirs et d'émotions. L'intervieweur doit prendre le temps d'accueillir ces types de réponses avec sympathie et doit laisser le temps au participant de reprendre son discours à son rythme.

Nous avons aussi tenu compte des recommandations générales de Boutin (2000) sur les règles d'éthique à respecter. Une des premières règles énoncées par Boutin (2000) est de « *tenir compte des informants en premier lieu* ». L'intervieweur doit en tout temps respecter le participant et veiller à son « *honneur* », à sa « *dignité* » et à son « *intimité* » (Boutin, 2000, p.96).

L'intervieweur doit « *communiquer les objectifs de recherche* » et « *veiller à sauvegarder les droits, les intérêts et la sensibilité des informants* ». Nous avons mentionné précédemment que lors du recrutement, les participants avaient reçu une brochure d'informations sur la recherche actuelle. De plus, avant l'entrevue, nous avons pris le temps de répondre à toutes les questions concernant l'étude. Nous avons aussi répondu à toutes les questions sur le consentement. Nous leur avons aussi demandé s'ils acceptaient que les entrevues soient enregistrées sur un magnétophone numérique. Aucun répondant n'a émis d'objection.

Comme le mentionne Boutin (2000), il est important de « *protéger l'intimité des informants* » et de « *leur assurer la confidentialité* ». Pour protéger l'anonymat des répondants, nous avons numéroté et codé les entrevues. Nous nous sommes aussi assurés qu'il soit impossible de retrouver, à partir du formulaire de consentement, l'entrevue qui y est associée. De plus, lors du traitement de données, nous avons modifié les noms des répondants et retiré toutes les informations qui pouvaient les identifier.

La dernière règle mentionnée par Boutin (2000) est de « *ne pas exploiter les informants* ». Il est important de respecter la confiance que les participants ont placée en nous. En d'autres mots, les chercheurs ne peuvent tirer aucun profit, autre que l'avancement de la recherche, des informations qui ont été fournies par les répondants. Nous n'avons divulgué aucune information à propos des répondants.

Avant de conclure cette section sur les considérations éthiques, nous aborderons quelques réflexions sur l'influence de l'intervieweur sur les participants lors des entrevues. Le but de l'entretien semi-directif est de laisser le participant s'exprimer librement sans que l'intervieweur influence son discours. L'intervieweur doit rester neutre. « *En théorie [...], l'enquêteur neutralise sa personnalité pour ne plus être que le reflet de celui qui lui parle* » (Duchesne, 1996, cité dans Legavre, p.211). Cependant, la simple présence de l'intervieweur modifie la parole du participant. Le participant peut modifier son langage pour démontrer qu'il est à la hauteur d'une enquête universitaire. Le participant peut se trouver intimidé en la présence d'un universitaire (Legavre, 1996). Nous avons rencontré cette dernière situation lorsqu'une répondante n'était pas convaincue de la valeur de ses propos et de la valeur de son expérience alimentaire. Nous avons aussi vécu une situation où la répondante tentait de discerner ce que cherchait à comprendre le chercheur. Cette participante tentait d'influencer les questions ultérieures en proposant ses propres questions. Ces participantes réagissaient à leurs représentations de la recherche universitaire et d'un enquêteur. « *L'entretien n'est donc jamais seulement une situation de communication, c'est un rapport de force pratique* » (Legavre, 1996, p.216) où l'intervieweur doit gérer un rapport de pouvoir avec délicatesse et empathie.

## 2.8 MÉTHODE D'ANALYSE

Le but de ce projet de recherche est de comprendre les liens entre les concepts du genre, de la médicalisation et de l'alimentation et de comprendre comment ces liens influencent l'évolution du comportement alimentaire. Lors des entrevues, nous n'avons pas parlé de ces concepts avec les participants. Nous leur avons demandé de s'exprimer par rapport à l'alimentation et à la santé. C'est en utilisant une analyse thématique sur le contenu des entrevues que nous avons pu dégager ces concepts du discours des répondants. L'analyse thématique consiste à déconstruire le discours des participants pour le reconstruire selon



les concepts à observer. Ainsi, pour les quinze entrevues réalisées, nous avons fragmenté le contenu des discours pour les regrouper en catégories.

Pour procéder à l'analyse thématique, nous avons, en premier lieu, retranscrit intégralement les quinze entrevues dans des documents de traitement de texte. Ce premier travail nous a permis de faire une codification sommaire sur les thèmes abordés au cours de l'entrevue. Nous avons poursuivi cette codification à l'aide du logiciel QDA MINER. QDA MINER est un logiciel souple d'analyse de données qualitatives qui permet de coder des parties du texte et de les retracer efficacement. Avec l'aide de ce logiciel, nous pouvons, lors de l'analyse, regrouper des catégories si cela semble nécessaire. Ce logiciel permet aussi de définir un passage du texte en plusieurs catégories. En effet, dans l'analyse thématique, un passage du texte peut correspondre à plusieurs catégories, car « *il est possible que le thème construit [ce que nous appelons concepts] ne corresponde à aucune expression précise du texte, autrement dit que le thème ne soit pas inscrit dans le texte* » (Fallery et Rodhain, 2007). De plus, selon Fallery et Rodhain (2007) plus les concepts sont abstraits, plus il y aura d'écart entre les mots utilisés par les participants et les mots des concepts élaborés. Les concepts de notre recherche étant abstraits, nous devons interpréter les dires des répondants en fonction des concepts élaborés dans ce mémoire.

Avec l'aide du logiciel QDA MINER, nous avons fragmenté les entrevues en vingt-et-une sous-catégories que nous avons regroupées en cinq catégories : *médicalisation*, *santéisation*, *influence sur l'évolution alimentaire*, *information* et la catégorie *divers*. La catégorie *divers* regroupe les fragments qui nous paraissent intéressants, mais qui, après maintes relectures, ne semblent pas avoir de lien avec les autres catégories.

Nous n'avons pas fait de catégorie concernant le genre puisque les entrevues sont déjà classées par rapport à leur réalisation auprès des femmes et auprès des hommes.

Avant de clore ce chapitre, nous présentons à la page suivante un portrait des quinze participants interviewés. Pour protéger leur identité, nous avons changé leur nom.

**Tableau 2 : Portrait des répondants**

Nom	Âge	Niveau de scolarité	Statut familial	Remarque
François	67	Cégep	Marié	François vit avec sa conjointe qui a environ le même âge que lui. François a la maladie coéliquaue. Il considère que sa conjointe est en bonne santé.
Anne	77	Université 2 <sup>e</sup> cycle	Célibataire	
Marianne	67	Cégep	Veuve	
Isabelle	61	Secondaire	Conjoint de fait	
Luc	64	Cégep	Marié	Luc vit avec sa conjointe qui a environ le même âge qui lui. Il considère que sa conjointe est en bonne santé. Luc a subi une opération cardiaque six mois avant l'entrevue.
Odette	61	Secondaire	Célibataire	Odette prend soin de son père et de sa sœur qui sont tous deux placés en résidence pour personne non-autonome
Béatrice	77	Université 1 <sup>er</sup> cycle	Célibataire	
Danica	75	Université 1 <sup>er</sup> cycle	Célibataire	
Gislaine	81	8e année	Veuve	
Normand	84	12 <sup>e</sup> année	Veuf	La conjointe de Normand est décédée il y a deux ans et demi. C'était elle qui auparavant prenait soin de l'alimentation dans la famille.
Claudette	78	Université 1 <sup>er</sup> cycle	Veuve	Claudette est très active par rapport aux soins de ses petits enfants
Élise	70	Université 2e cycle	Conjoint de fait	Élise s'est remise en couple après le décès de son 1er conjoint
Hélène	67	Université 2e cycle	Célibataire	Hélène vit avec une amie qui a 80 ans et qui est moins mobile qu'elle
Juliette	84	Cégep	Mariée	Le conjoint de Juliette est atteint de la maladie de Parkinson
kamilla	79	9e année	Mariée	Le conjoint de Kamilla est placé dans une résidence pour personne en perte d'autonomie

# Chapitre 3 : Les résultats

---

## INTRODUCTION

Dans ce chapitre nous présentons notre analyse des entrevues. Nous procéderons initialement à une analyse de la définition de la santé. Étant donné qu'il a été plus facile de recruter des femmes que des hommes, l'analyse de nos résultats met davantage l'accent sur le discours de celles-ci. Nous révélerons et étudierons aussi les disparités et les similitudes entre le discours des femmes et celui des hommes de notre échantillon. Cependant, cette analyse ne peut pas être qualifiée de comparaison vu la petite taille et la composition déséquilibrée de notre échantillon. Nous qualifions plutôt cette analyse des disparités et des similitudes d'exploratoire.

Nous présenterons, en premier, le discours des hommes de notre échantillon. Étant donné que dans notre échantillon, nous n'avons que trois hommes, il nous paraît intéressant de bien approfondir chacun de leur discours. Cela nous permettra de mieux comprendre comment les hommes sont venus à construire leur perception de la santé et de l'alimentation saine et de définir les facteurs de leur évolution alimentaire.

En second lieu, nous analyserons le discours des femmes. Nous ferons ressortir les thèmes abordés par les femmes et nous évaluerons l'influence des concepts de médicalisation et de santéisation sur ces thèmes.

### 3.1 DÉFINITION DE LA SANTÉ

Comme dans les définitions théoriques de la santé qui ont été élaborées précédemment, les définitions que donnent les participants de la santé sont toutes aussi diverses. Plusieurs participants, hommes et femmes confondus, ont défini la santé comme nous l'avons décrite au chapitre deux, soit la santé est la capacité de fonctionner physiquement, mentalement et spirituellement dans la société.

*« La santé, c'est d'être capable de fonctionner, d'être serein, d'être en forme, de pouvoir physiquement faire toutes mes activités. » (Hélène)*

*« Pouvoir être autonome, pour faire des choses qu'on veut faire sans problème. » (Anne)*

*« C'est d'être en mesure de pouvoir faire tout ce que tu veux faire sans avoir de problématique quelconque. » (François)*

La majorité des répondants élaborent leur explication en établissant rapidement un lien entre la santé et la physiologie du corps. Pour certains, si le corps ne fonctionne pas bien, alors la santé est en péril. François illustre bien ces propos.

*« Tsée comme un exemple si parce que tu as un gros problème de dos et que tu peux pas faire des sports, de l'exercice, Ça ça serait handicapant. Ça réellement ça serait ben important. » (François)*

En mentionnant le mot « handicapant », François illustre le fait qu'un corps qui n'est pas optimal ne peut être considéré comme fonctionnel. Les propos d'Élise vont dans le même sens, il est primordial que le corps bouge, soit fonctionnel pour que l'on puisse se considérer en santé.

*« C'est comme si dans ma tête je pourrais pas être en santé si euh, je bouge pas beaucoup. » (Élise)*

Cette tendance à définir la santé par rapport à la performance du corps nous laisse croire à une approche naturiste où le corps qui n'est pas dans son état optimal ne peut pas être considéré en santé. François et Élise n'isolent, dans leur explication, qu'une partie du travail du corps : celui de bouger. Nous traçons un parallèle entre cette explication focalisée et l'approche naturiste qui isole le fonctionnement du corps de son environnement social.

D'autres participants font référence au corps, mais se considèrent en santé même si celui-ci éprouve des difficultés à se mouvoir ou subit quelques imperfections physiologiques. C'est le cas de Claudine qui, vivant avec un trouble cardiaque, se trouve en bonne santé et aussi le cas de Gislaine qui ressent des maux physiques et psychologiques.

*« Moi je me calcule en bonne santé, même si j'ai un pace maker parce que, euh, je m'alimente bien, je suis heureuse, j'ai pas de maladie importante. » (Claudine)*

*« Ben moi je pense que je suis en bonne santé. J'ai mal au dos. Je suis vraiment chanceuse à mon âge d'être ce que je suis. J'ai un peu de difficulté avec ma santé psychologique. Je fais de l'angoisse. » (Gislaine)*

Dans ces propos, le corps est considéré comme un élément faisant partie de la définition de la santé tout comme pour Claudine le fait d’être heureuse et pour Gislaine, la chance. Pour Claudine et Gislaine, le corps n’a pas besoin d’être parfait pour se sentir en santé, il peut être aidé par la médecine. Cette perception de la santé où la médecine a un rôle vient rejoindre notre définition de la santé. En effet, dans notre définition de la santé nous avons fait référence à l’aide que peuvent apporter les sciences biomédicales à quiconque pour pouvoir fonctionner dans la société.

Pour Claudine, il est très important de pouvoir être fonctionnelle et autonome. Sa plus grande peur est de devoir dépendre des autres. Kamilla partage aussi cette opinion.

*« C’est pas drôle quand on est pas en santé, on est dépendant de d’autres. Alors la dépendance, ça, c’est, mon, ma peur. »  
(Claudine)*

*R : « Parce que à 79 ans, je fais encore deux fois du tennis par semaine. L’été en plus je fais du golf et puis là j’entretiens toute mon terrain. Je coupe le gazon, j’élague mes petits arbustes, enfin. C’est ça moi la santé. »*

*Q « Donc c’est de l’autonomie. »*

*R : « Ah, oui c’est de l’autonomie surtout. Oui, oui. » (Kamilla)*

Kamilla insiste sur l’autonomie en mentionnant son âge, les activités qu’elle peut encore faire et avec les mots « surtout » et « Oui, oui » comme si l’inverse, la dépendance, était quelque chose à redouter. Dans ses propos, Claudine est très claire; la dépendance est un état indésirable qui met la santé en péril. Cependant, la dépendance n'est pas un trouble physique en tant que tel. L’explication de la santé comme une antithèse à un état indésirable nous amène à une approche normativiste de la santé.

Ainsi, dans la définition de la santé, les participants ont évoqué toutes les approches décrites au chapitre deux. Cependant, existe-t-il une différence entre les hommes et les femmes ?

### 3.1.1 DIFFÉRENCE DE LA DÉFINITION DE LA SANTÉ ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES

Il y a une différence entre la définition que les hommes et les femmes donnent de la santé. Nous remarquons que les hommes ont tendance à offrir, lors des premiers mots, une définition beaucoup plus physiologique de la santé que les femmes.

*« La santé c'est de réussir à pouvoir faire de l'exercice physique et de, euh » (Luc)*

*« C'est d'être en mesure de pouvoir faire tout ce que tu veux faire sans avoir de problème quelconque. Tsé, comme un exemple si parce que tu as un gros problème de dos et que tu peux pas faire des sports, de l'exercice. » (François)*

*« Disons que j'ai jamais été malade. » (Normand)*

La définition de la santé basée sur la performance du corps nous amène à une approche naturiste.

Il est plus difficile de cerner une tendance dans la définition de la santé chez les femmes. Chez certaines nous remarquons une tendance vers une approche plus naturiste comme c'est le cas d'Élise ou une tendance vers une approche plus normativiste comme les explications de Claudine et Kamilla. De plus chez certaines femmes, les mots choisis pour décrire la santé ne correspondent à aucune approche mentionnée. Lorsqu'elles décrivent la santé, leurs mots témoignent plutôt de l'importance de la santé dans leur préoccupation.

*« La santé signifie tout » (Béatrice);*

*« La santé c'est une priorité dans ma vie. Tout tourne autour de la santé » (Marianne);*

*«[...] je peux passer beaucoup de temps sur la santé. Je fais tout l'essentiel pour bien me protéger. » (Anne)*

*«Ben, c'est le bonheur » (Danica);*

Ici, la santé n'est pas traitée comme un concept, mais comme un but en soi. Lorsque ces participantes s'expriment sur la santé en termes de bonheur et de bien-être, elles qualifient la santé comme une quête, un objectif à atteindre. Dans les termes utilisés, la santé n'est pas vue comme la capacité de fonctionner dans la société, mais bien comme l'épicentre de l'existence. De plus, nous remarquons que la santé ou la protection de la santé est un acte

individuel. Anne, en déclarant « *je fais tout l'essentiel pour bien me protéger* », se voit la seule actrice face aux dangers envers sa santé. Ainsi les participantes ont, en qualifiant leur santé comme point central de leur vie et en individualisant la protection de leur santé, défini dans leurs propres mots la santéisation.

## 3.2 PRENDRE SOIN DE SA SANTÉ ET DE SON ALIMENTATION AU MASCULIN

### 3.2.1 LE CAS DE LUC

Pour s'occuper de leur santé, les hommes de notre échantillon ont tendance à être très actifs physiquement. En effet, l'activité physique est l'une des premières choses mentionnées. Cette façon de prendre soin de sa santé est en accord avec la définition de la santé qu'ils ont donnée auparavant. Toutefois, selon Gough (2006), les hommes n'ont pas tendance à associer les sports au le maintien de la santé.

*« However, men often talk about sport and exercise in terms of masculine attributes such as competitiveness, toughness and homosociality rather than health benefit. » (Gough, 2006, p.2478)*

Au contraire, les hommes dans notre enquête ont rapidement fait le lien entre le sport, l'exercice et la santé. Pour Luc, le type de sport et d'exercice s'est modifié avec le temps. Lorsqu'il était plus jeune, il pratiquait des sports d'équipe tels que le hockey et le football (des sports compétitifs et durs comme mentionnés par Gough), maintenant il s'entraîne dans un centre de conditionnement physique. En raison d'une opération cardiaque, Luc a changé de centre de conditionnement physique et il continue à s'entraîner au centre EPIC. Ce centre de conditionnement physique est rattaché au centre d'institut de cardiologie de Montréal. On y retrouve plusieurs services et plusieurs spécialistes médicaux<sup>37</sup>. Tous leurs programmes de mise en forme et de nutrition sont gérés par des équipes médicales

---

<sup>37</sup> Voir le site web du centre EPIC <http://www.centreepic.org> : « Le personnel compte des omnipraticiens, des cardiologues, un interniste, des urgentologues, un physiologiste, des professeurs invités, des infirmières des nutritionnistes, des kinésiologues et des sauveteurs. »

multidisciplinaires. Dans cet établissement, Luc se sent bien encadré. Il a déjà consulté la nutritionniste de l'EPIC. Lors de cette consultation, il éprouvait de l'appréhension, car il avait déjà consulté une diététiste et n'avait pas aimé son discours. La diététiste lui avait recommandé de diminuer sa consommation de viande. Lors de la consultation avec la nutritionniste de l'EPIC, celle-ci lui a mentionné qu'il pouvait manger autant de portions de viande qu'il le voulait pourvu qu'à chaque portion de viande il y ait une double portion de légumes. Dans cette façon de présenter une meilleure alimentation, Luc ne s'est pas senti réprimandé. Il peut manger l'aliment qui est le plus important pour lui, la viande, mais il doit compenser en mangeant beaucoup de légumes.

*« Elle (la nutritionniste du centre EPIC) dit tu peux manger de la viande tant que tu veux, mais il faut toujours que tu doubles de légumes. Tu dis oui, oui, c'est correct. Fait que la moitié de l'assiette c'est des légumes, t'as une part de viande, de poisson whatever, pis après ça t'as tes féculents, ton lait, tout est correct. [...] Mais tu peux en prendre deux fois si tu veux. Si tu en prends deux fois, il faut que tu fasses deux fois plus de légumes. Ah, là tu te dis : « ah certainement », mais quand tu le fais rien qu'une fois, tu te dis : « ouin, c'est du légume hein ! » (Luc)*

Pour Luc, la viande n'est pas seulement un aliment qu'il apprécie particulièrement, c'est aussi un aliment qui le définit. Luc mange de la viande depuis longtemps et celle-ci fait partie de son identité alimentaire. Il ne peut concevoir se départir ou diminuer la quantité de viande qu'il consomme.

*« La nutritionniste je lui ai dit ça, tabarouette, oubliez ça, vous pouvez pas me dire de pas manger mon jambon... Je pense, j'avais 10 ans, je faisais ça. » (Luc)*

Aujourd'hui, lorsque Luc parle d'alimentation, il en parle surtout de manière nutritionnelle : glucides, gras trans, sel, fibres et féculent. De même que son discours reflète les propos de la nutritionniste qu'il a consultée au centre EPIC

*« Un repas sain aujourd'hui c'est un repas qui a beaucoup de légumes. Un qui devrait avoir un équilibre dans ton assiette. Il faut que t'aïlles un légume, une viande, un poisson, des euh [...] T'as besoin d'un féculent, que ça soit du riz, pomme de terre, un pain, du blé, mais que ça soit le plus près possible de la, euh, qui a des fibres un peu dans ton alimentation. [...] Mais une*



*alimentation saine, c'est une assiette équilibrée tout le temps que ça soit le matin avec des fruits. » (Luc)*

Luc reconnaît que durant son adolescence et sa vie de jeune adulte, il ne s'inquiétait pas de sa santé et qu'il n'avait pas une alimentation saine selon les standards d'aujourd'hui. Son alimentation s'est modifiée tout au long de sa vie en commençant lors de son mariage. C'est avec sa conjointe qu'il a commencé à consommer plus de fruits et de légumes. L'audace d'essayer des nouveaux mets, Luc l'attribue à ses voyages en Europe. Il reconnaît aussi que la diversité culturelle de Montréal apporte une diversité dans l'offre alimentaire. Parce qu'il a eu une opération cardiaque dernièrement, il modifie toujours son alimentation pour la rendre plus conforme aux recommandations de la nutritionniste qu'il a consultée.

Au moment de l'entrevue, Luc n'était pas encore satisfait de sa santé. Il n'avait pas, selon lui, développé une discipline pour manger de manière plus équilibrée et n'a pas encore un poids dit santé. Il semble que Luc ait accepté les définitions de la santé et de la saine alimentation prônées par les spécialistes de la santé et de la nutrition. Ainsi, Luc en s'entraînant dans un centre de conditionnement physique géré par un personnel médical et en ayant intériorisé leur discours sur la santé et la saine alimentation, a adopté un discours naturaliste et médicalisé pour expliquer sa santé et son alimentation

### 3.2.2 LE CAS DE FRANÇOIS

François reconnaît que faire de l'exercice et qu'être actif socialement, soit faire des sorties, rencontrer des amis, ... fait partie du maintien de la santé

*R : « Un peu d'exercice, euh pis si on regarde plus large un peu beaucoup d'activités. De détente, voir des amis, faire des choses réellement qui changent de l'ordinaire. Ça pour nous autres c'est ben important. »*

*Q : « Et pourquoi c'est important ? »*

*R : « C'est parce que un exemple si tu deviens réellement stationnaire, pis t'es toujours à la maison, pis tu veux pas en faire de sorties, aucune activité, ben d'après moi à la longue, la santé va sûrement en ressentir. [...] Parce que si tu restes à la maison tu fais rien, mais naturellement ton corps se dégrade tranquillement. Tu vas manger plus. Tu vas manger plus riche.*

*Tu vas ...de soi, fait quand t'es ben actif, ça aide à tout aider ça. » (François)*

Nous remarquons, toutefois, dans son explication que c'est le corps qui subit les conséquences lorsqu'on arrête d'être actif socialement. Pour maintenir une bonne santé, François consulte régulièrement son médecin.

*« Ben les visites régulières chez le médecin. T'sé tu vas avoir un examen annuel, pis là on dit qu'au niveau euh, vitamine, minéraux, pis tout le reste de la santé, le poids, t'sé un poids santé alors tout ça relié ensemble pis tu te s'en bien, tu digères bien, alors tout ça ensemble là, c'est des bons indices. » (François)*

C'est lors d'un rendez-vous annuel et à la suite d'analyse sanguine que François a découvert, il y a environ deux ans et demi, qu'il souffrait de la maladie cœliaque<sup>38</sup>. Depuis, il doit faire très attention à son alimentation et éviter tous les produits contenant du gluten. Pour François le plus important dans son alimentation est de pouvoir consommer de la protéine animale, comme de la viande rouge et du poisson. Un autre élément important dans une alimentation santé, selon François, est de consommer une variété d'aliments.

*« Si tu dis que variété ça va avec sain [...] » (François)*

Ainsi, François conçoit un repas santé avec une source de protéine animale et des légumes.

*« Bon, la viande. Ça, c'est important. Ça, c'est pas mal primordial, euh, un peu de poisson, euh, un peu de légumes. » (François)*

Le discours des médias à propos de la santé et de la saine alimentation a aussi influencé le comportement alimentaire de François. Il surveille maintenant le taux de sel et de sucre dans son alimentation.

---

<sup>38</sup> « La maladie cœliaque est une affection permanente et systémique qui fait partie des maladies auto-immunes complexes, polygéniques et multifactorielles. Elle est déclenchée par l'ingestion de gluten contenu dans plusieurs céréales telles que le seigle, l'avoine contaminée par le gluten, le blé, l'orge et le triticales, entraînant une destruction d'origine inflammatoire, à divers degrés, du petit intestin. L'absorption de nombreux nutriments comme le fer, le calcium et l'acide folique, est alors compromise. » Information obtenue sur le site de la Fondation québécoise de la maladie cœliaque : <https://www.fqmc.org/maladies/maladie-coeliaque>

François est quelque peu confus par rapport à son alimentation durant son enfance. Il ne sait pas si durant l'enfance il mangeait sainement. En se basant sur ses propos reliant la santé à la variété des aliments, François semble insinuer que son alimentation durant son enfance n'était pas si saine. Par contre, il remarque que durant cette même période, aucun membre de sa famille n'a développé de maladie.

Durant sa vie de jeune adulte, François conçoit qu'il consommait plus de « junk food » et que donc, son alimentation était moins saine. Son alimentation a changé quand il s'est marié et quand il a eu des enfants, car sa conjointe a introduit dans son alimentation plus de fruits et de légumes.

Nous percevons chez François des propos légèrement médicalisés. François se fie sur la médecine et notamment sur les résultats des tests médicaux lors de son rendez-vous annuel pour déterminer s'il est en santé. En se fiant à la médecine pour connaître son état de santé, François reconnaît comme légitimes les concepts de santé des sciences biomédicales. Ainsi, sa vision de la santé semble être naturaliste et médicalisée. Toutefois, lorsqu'il parle d'alimentation, François s'exprime en termes de produits : viande, légumes, riz, poisson ... Nous ne percevons pas, dans ses propos sur l'alimentation, de médicalisation, cependant son choix alimentaire est médicalisé puisqu'il se fie sur le diagnostic reçu pour choisir une alimentation sans gluten.

### 3.2.3 LE CAS DE NORMAND

Pour Normand, prendre soin de sa santé signifie rester occupé physiquement et continuer à être actif.

*« J'ai toujours été assez travaillant, j'arrête pas jamais. Y paraît que c'est bon. » (Normand)*

Lors du décès de sa conjointe, il y a maintenant trois ans, Normand a appris à faire des choix alimentaires. Il a suivi un cours de base en cuisine pour savoir comment faire une recette. Cependant, il préfère choisir des repas tout faits ou des repas congelés. Normand n'a pas beaucoup de connaissances en alimentation. Durant son enfance, il mangeait ce que ses parents lui offraient et après son mariage, c'est son épouse qui s'occupait de faire

l'épicerie et de faire les repas. Normand ne s'est jamais questionné à propos de l'alimentation et n'a pas d'opinion sur ce qu'est une alimentation saine. Il mange ce qu'il trouve bon. Toutefois, Normand sait qu'il faut éviter les aliments trop salés ou trop sucrés. Il ne peut pas dire exactement où il a entendu ces recommandations, mais il se souvient que son médecin de famille lui a dernièrement rappelé d'éviter les aliments trop sucrés.

Pour s'occuper de sa santé, Normand consulte son médecin annuellement pour obtenir un bilan de santé. De plus, Normand prend régulièrement, et ce depuis plusieurs années, sa pression sanguine avec un tensiomètre qu'il s'est procuré et prend son taux de sucre avec un glucomètre qu'il s'est aussi procuré. Il est à noter que Normand n'a pas reçu de diagnostic de maladie cardiaque ou de diabète.

*R : « Je prends ma pression à toutes les semaines là. »*

*Q : « Et pourquoi prenez-vous votre pression ? »*

*R : « Pour suivre ma santé là ». (Normand)*

Le comportement de Normand est paradoxal puisque d'un côté il surveille sa santé avec des outils très médicaux et technologiques, mais en même temps semble faire peu de liens entre la santé et l'alimentation. En utilisant des outils médicaux, Normand conçoit la santé de manière naturiste, car ces instruments servent à mesurer la performance du corps. Ainsi, lorsque sa pression sanguine et son taux de glycémie sont dans les normes, Normand semble croire qu'il est en santé. Cependant, l'utilisation du tensiomètre et du glucomètre nous dirige vers une médicalisation de la prévention. La médicalisation de la prévention est d'utiliser des techniques et des concepts médicaux pour s'assurer que toutes les données recueillies ne sont pas anormales. On médicalise alors la probabilité de souffrir d'une morbidité.

### 3.2.4 SYNTHÈSE

Les trois hommes dans notre enquête prennent soin, à leur façon, de leur santé et de leur alimentation. Nous avons aussi relevé dans chaque cas des propos reflétant une médicalisation de la santé ou de l'alimentation.

Dans chaque entrevue réalisée auprès des hommes, il y a eu une évolution au niveau de l'alimentation. Normand a vu son alimentation se modifier lors du décès de sa conjointe. Il a alors commencé à choisir des repas tout faits ou des repas congelés. François et Luc ont avoué que leur alimentation est devenue plus saine une fois qu'ils se sont mariés et quand ils ont eu des enfants, car leurs conjointes respectives ont introduit dans l'alimentation familiale plus de fruits et de légumes. Leur alimentation s'est aussi modifiée suite à des problèmes de santé. Dans le cas de Luc, son discours et ses choix alimentaires ont été influencés par ses rencontres avec la nutritionniste du centre EPIC. Pour François, son choix alimentaire s'est modifié suite à son diagnostic. Ainsi dans la plupart des personnes interviewées, les sciences biomédicales ont joué un rôle dans l'évolution du choix alimentaire des hommes.

Nous constatons dans les propos des hommes interviewés que la santé et l'alimentation sont des responsabilités individuelles. À la question « *prenez-vous soin de la santé d'un autre membre de votre famille ?* », aucun des hommes interviewés, même ceux mariés, n'a mentionné s'occuper de la santé d'un membre de sa famille. De plus, aucun homme marié n'a souligné les préférences ou les contraintes en santé ou en alimentation de leur conjointe. Ceci nous laisse croire que pour les hommes la santé et l'alimentation sont perçues comme une responsabilité individuelle.

### 3.3 PRENDRE SOIN DE SA SANTÉ ET DE SON ALIMENTATION AU FÉMININ

Le discours des femmes sur la santé et l'alimentation est plus complexe que celui des hommes interviewés. Elles incorporent dans leur discours l'environnement, les médecines parallèles, l'agriculture, les aliments comme médicament, des dimensions que les hommes n'ont pas mentionnées.

#### 3.3.1 SANTÉ ET ALIMENTATION

Pour prendre soin de leur santé, les participantes misent essentiellement sur l'activité physique et l'alimentation.

*« La santé pour moi ça veut dire vraiment faire beaucoup d'activité physique parce que c'est ça que je fais de l'activité physique et bien manger comme de raison [...] » (Élise)*

*« Il faut faire des choix dans l'alimentation. Il faut faire de l'exercice. » (Anne)*

*« Je fais beaucoup d'exercice. » (Hélène)*

*« D'abord avoir une bonne alimentation puis de l'exercice, faire de l'exercice, avoir une bonne santé mentale aussi. » (Gislaine)*

Ces descriptions reflètent bien les politiques et les discours gouvernementaux mis en place au cours des 25 dernières années comme en témoignent le Guide alimentaire canadien et les programmes de santé publique du gouvernement québécois vus précédemment qui allient l'activité physique et alimentation comme gage d'une bonne santé.

Cependant, il semble que la majorité des participantes établissent un lien très fort entre l'alimentation et la santé.

*« Je surveille beaucoup mon alimentation. Tous mes teneurs en gras, glucides et autres. » (Hélène)*

*« [...] si on mange bien, ça nous permet d'être en bonne forme et de vaquer à nos occupations » (Isabelle)*

*« Moi, je suis convaincue que nous sommes ce que nous mangeons. » (Marianne)*

*« Ben l'essentiel, je fais toujours mes exercices, je soigne beaucoup mon alimentation. » (Anne)*

Les femmes, comme certains hommes dans notre échantillon parlent de l'alimentation en termes nutritionnels. Si nous avons remarqué que les hommes insèrent quelques termes nutritionnels dans leur discours, les femmes ont tendance à énumérer les composants nutritionnels des aliments.

*« J'ai des protéines aussi. » (Odette)*

*« Alors j'ai une meilleure gestion de, des, des, des gras, des glucides et autres et du sel aussi. » (Hélène)*

*« Euh je regarde si euh, le taux de cholestérol. Je surveille beaucoup beaucoup ce que je mange. Je lis les étiquettes. » (Anne)*

Nous remarquons que les aliments ne sont pas nommés par leur nom, mais bien par leurs composants. Ce ne sont plus de la viande, du pain, du riz, des pâtes, des desserts, mais ce sont des protéines, des féculents, des glucides.

*« Alors un bon repas pour moi, c'est des protéines, chaque repas, ça prend des protéines, des légumes qui ne sont pas frits évidemment. » (Marianne)*

*« Un repas sain héhé (petit rire) c'est toujours commencer par des crudités, toujours avoir des légumes, accompagnés d'une protéine ou d'une légumineuse ou féculent. » (Isabelle)*

*[...] je me fais un repas euh, pas trop gros non plus, mais un plat protéine, légumes, pas de féculent et un léger dessert (Marianne)*

*« Pis comme je suis pas axée sur le dessert, j'ai presque rien comme glucides. » ( Béatrice 2)*

Le repas n'est plus structuré en termes d'entrée, de plat principal ou de dessert. Les repas sont devenus un calcul de composants fonctionnels qui doivent combler les besoins nutritionnels du corps. Emprunter des termes nutritionnels pour concevoir le repas signifie que les participants conceptualisent médicalement leur repas.

Ainsi le repas est devenu une cuisine d'assemblage, non pas comme Poulain (2002) le conçoit avec des plats pré-préparés, pré-élaborés, mais une cuisine où un repas s'assemble à partir de protéines, de féculent et de glucides. Une telle conception isole le repas du contexte social dans lequel celui-ci est pris.

Nous avons parlé de la façon les participantes composent un repas, mais comment s'expriment-elles lorsqu'elles veulent éliminer certains éléments de leur repas ? S'expriment-elles en termes de produits ou en termes nutritionnels ? Pour Élise et pour la majorité des participantes, c'est en des termes nutritionnels qu'elles élaborent sur ce qui ne doit pas se trouver dans leur assiette.

*« Qui est varié, qui est pas gras, pis qui a pas trop de sucre, pas trop de gras, de mauvais gras. C'est ça là. » (Élise)*

Cette affirmation est intéressante, car en une phrase Élise a exprimé l'intériorisation des normes diététiques des dernières décennies. Elle mentionne la variété, ce que préconisent

les dernières parutions du guide alimentaire canadien<sup>39</sup>. Elle fait référence au sucre qui a été l'ennemi numéro 1 d'une saine alimentation dans les années 1970 (Bow, Fischler *et coll.*, 2009). Finalement, elle mentionne le gras qui est la cible du discours médical des dernières années (Bow, Fischler *et coll.*, 2009) et sa remarque sur les mauvais gras reflète la nuance récente du discours diététique sur celui-ci.

Plusieurs études démontrent que les femmes sont plus enclines à suivre les recommandations nutritionnelles que les hommes (O'Doherty et Holm, 1999, Beardsworth, Bryman *et coll.*, 2002, Courtenay, 2000, Gough, 2006). Cette tendance à suivre les recommandations officielles en nutrition est souvent associée à la pression sociale que les femmes subissent pour avoir un corps idéalement beau et mince (O'Doherty et Holm, 1999, Beardsworth, Bryman *et coll.*, 2002). De ce fait, nous l'avons remarqué, les femmes ont souvent plus tendance que les hommes à se référer aux composants nutritionnels des aliments lorsqu'elles parlent d'alimentation.

Les connaissances des femmes en nutrition sont assez élaborées comme en témoignent les exemples ci-dessous sur les types de gras mentionnés dans les entrevues.

*« Euh je regarde si euh, le taux de cholestérol. » (Anne)*

*(...) je dirais non parce qu'on est pas censé manger de gras saturés comme ça (Béatrice)*

*Non, je, je prends pas du beurre, c'est de la margarine parce que j'ai fait déjà beaucoup de cholestérol (Kamilla)*

*[...] t'as toutes tes oméga-3 là-dedans ça aussi c'est bon. (Isabelle)*

*C'est des gras, mais c'est des bons gras, des oméga-3, des oméga-6. (Marianne)*

Ainsi, environ la moitié des femmes de notre échantillonnage connaissent différents types de gras. Elles mentionnent les types de gras soit pour les exclure de leur alimentation, soit pour les inclure. En focalisant sur certains types de gras en particulier, les participantes font du nutritionnisme (Scrinis, 2008).

---

<sup>39</sup>Voir l'historique des guides alimentaires canadiens [http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/context/fg\\_history-histoire\\_ga-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/context/fg_history-histoire_ga-fra.php)



Une autre tendance que nous avons remarquée dans le discours de certaines femmes est qui est apparenté au nutritionnisme, est l'utilisation de certains aliments comme nutraceutiques. Le terme nutraceutique vient de la contraction des mots « nutrition » et « pharmaceutique » (Kalra, 2003). Les aliments nutraceutiques sont des aliments naturels ou des aliments transformés qui procurent des bienfaits curatifs ou préventifs pour la santé.

*« Je mange beaucoup de yogourt, des yogourts « Activia ». C'est bon pour mon système aussi. [...] « Activia » c'est bon pour mes intestins. C'est pour ça que je mange toujours « Activia. » (Gislaine)*

*[...] je fais les pousses de tournesol, de sarrasin vert. Je sais que c'est rempli de vitamines. C'est énergisant. C'est plein d'enzymes. Alors, t'sais quand je me dis que j'en mets à tous les jours dans mon dans mes assiettes dîner et le soir, je participe à ma santé pis en même temps ça devrait me donner des enzymes pour m'aider à digérer parce qu'en vieillissant on sait qui sont presque pas là. (Isabelle)*

*J'ajoute depuis 6 mois dans ma salade aux fruits du jus de coconut. J'ai appris à l'émission du Dr Oz que le coconut a un bienfait incroyable sur notre euh physiologie donc j'ajoute ça. (Béatrice)*

*R : [...] c'est-à-dire le matin, au petit déjeuner, je prends une tasse d'eau chaude en me levant avec un peu de gingembre ou des feuilles de menthe. [...]*

*Q : Et pourquoi vous prenez un thé le matin ?*

*R : Ben on m'a dit que c'était bon, que ça nettoyait l'organisme (Danica)*

Ainsi, le yogourt « Activia », les pousses tournesols et de sarrasin vert, le jus de « coconut », le thé à base de menthe et de gingembre sont perçus comme des aliments qui peuvent être bénéfique à la santé de l'individu. Dans ces exemples, les participantes ne mentionnent pas les composants bénéfiques pour la santé comme dans le cas du nutritionnisme, mais bien les aliments. Dans tous les propos des participantes rapportés précédemment, nous remarquons que les aliments ou les nutriments sont choisis ou évités dans le but de maintenir ou d'améliorer le corps dans la seule intention de favoriser la santé. Même si à la base, il y a une médicalisation conceptuelle des aliments, le but ultime du choix alimentaire, dans une perspective de nutritionnisme et nutraceutique, est d'encourager la

santé ; en d'autres mots, le choix alimentaire des participantes se fait dans une perspective de santéisation

### 3.3.2 L'ENVIRONNEMENT, LA PEUR ALIMENTAIRE ET LE BIOLOGIQUE

Anne, Marianne et Isabelle ont inclus l'environnement dans leur rapport à la santé. Anne parle de l'environnement en fonction de ses attraits pour la santé et, dans ce cas, pour pouvoir faire de l'exercice.

*« Il faut faire de l'exercice. Il y a tout ce qu'il faut ici. Il y a des pistes cyclables de randonnée. » (Anne)*

Chez Marianne et Isabelle, l'environnement est perçu en même temps comme la source d'un mal pour la santé et comme une source qui peut améliorer notre santé.

*« Moi, je voyage pis je vais dans les pays qui ont aucune conscience de l'environnement pis de la nutrition et il y a aucun message dans ce sens-là dans leur pays. Je pense qu'ici on est très chanceux d'avoir des, des gens qui font de la recherche, des scientifiques qui prouvent selon les études ci et ça donc euh, on fait ce qu'on peut, ce que d'autres, plus savants que nous, savent et qu'ils nous le disent. » (Marianne)*

*Tout le monde semble avoir des problèmes de flexibilité, où à tout moment, oups, on arrête. Mon chum, il y a trois ans, a été opéré pour une déchirure d'épaule. Il vient de se déchirer la deuxième épaule. C'est tu normal ça ? Y a quelque chose qui se passe. Je sais pas, dans l'air, dans ce qu'on mange, je le sais pu. Je commence sérieusement à me poser des questions si dans l'alimentation, ou c'est-tu dans l'environnement qui fait qu'on est rendu comme ça. Un simple petit mouvement et pouf on éclate. Ça m'inquiète. (Isabelle)*

*Q : Quand vous dites bons aliments, qu'est-ce vous voulez dire par bons?*

*R : [...]. Euh, mais des bons produits, c'est... Je fais pousser des choses dans mon jardin [pour] au moins participer aussi à, à l'environnement, pis en plus on fait du compostage on remet dans la nature ce qu'on a de surplus aussi. C'est à peu près ça. » (Isabelle)*

Il est intéressant de remarquer dans les propos de Marianne et d'Isabelle que l'environnement est rattaché à l'alimentation et à la santé. Ainsi dans leur propos, l'environnement peut autant endommager la santé que l'aider. Selon Crawford (1980), l'inclusion de l'environnement comme un facteur dans le maintien ou l'amélioration de la santé démontre un aspect de la santéisation. En effet, la santé peut être agressée par des éléments qui sont à l'extérieur du corps. En tenant compte du fait que des éléments agresseurs peuvent se situer à l'extérieur du corps, l'individu sera plus sensible à ce qui l'entoure, entre autres l'environnement.

*« The more general heightened awareness and interest in health often includes environmental and occupational health concerns as well as a concern for personal health enhancement. » (Crawford, 1980, p.368)*

Les interventions que la société réalise sur son environnement, et entre autres en agriculture, suscitent chez certaines participantes une peur alimentaire. La peur de ne pas savoir ce qu'on mange, la peur des additifs, la peur des hormones, des pesticides, des antibiotiques, des OGM, des aliments trafiqués ... La peur et l'anxiété face au choix alimentaire ont souvent été évoquées par plusieurs participants durant les entrevues.

*« Il [Dr Oz] milite beaucoup en ce moment pour que les ONG [je crois qu'elle veut dire les OGM], soient inscrits sur les étiquettes pour que l'on soit au courant de ce que l'on mange parce que c'est pas encore prouvé qu'ils sont sans danger les ONG [OGM]. Je mange pas beaucoup de plats transformés. » (Béatrice)*

*« Donc, tout ce qui est en boîte de conserve, tous les additifs, les ONG [OGM] je regarde vraiment derrière chaque article que j'achète, je regarde c'est quoi qu'on a mis là-dedans. S'il y a des ONG [OGM], c'est sûr que ça retourne sur la tablette. Je lis vraiment les indications derrière les produits. » (Marianne)*

*« J'ai jamais acheté des fraises des États-Unis. [...] Les grosses fraises c'est bourré de de je-sais-pas-trop-quoi pour les faire grossir j'imagine pour les faire mûrir plus vite rapide. J'ai vu ça en Floride. » (Danica)*

Comme le démontrent les exemples ci-dessus, la peur alimentaire ne vient pas d'un seul

point fixe. Selon Lupton (1996), la source des peurs se fonde sur le sentiment de ne pas être en contrôle de son environnement et de ne pas maîtriser la production et la transformation de l'aliment. Cette perte de contrôle vient alors perturber le concept d'incorporation de Fischler : « *nous devenons ce que nous mangeons* » (Fischler, 2001, p.66)<sup>40</sup>. Si nous ne savons pas ce que nous mangeons, comment peut-on savoir ce que nous devenons?

*« If one does not know what one is eating, one is liable to lose the awareness of certainty of what is oneself. »* (Fischler, 1988, p.290)

Pourtant, comme le notent les biochimistes alimentaires, les processus biochimiques utilisés de nos jours sur les aliments empêchent, dans la majorité des cas, la perte de valeur nutritive et réduisent les risques des maladies liés à la dégradation microbienne des aliments (Lupton, 1996). Cependant, les participantes dans notre enquête conçoivent un danger face à ces méthodes alimentaires modernes.

*« Le contexte occidental est pour le moins paradoxal ; alors que les experts considèrent que dans les sociétés développées, en matière de sécurité sanitaire des aliments les risques objectifs n'ont jamais été aussi faibles, le grand public les ressent comme significativement plus importants. »* (Poulain, 2002, p.76)

Comment faire pour manger sans angoisser ? Certaines participantes ont trouvé la réponse en se tournant vers la consommation d'aliments biologiques.

*« D'avoir des bons produits, euh, le moins contaminés possible donc j'essaie toujours de me diriger vers les épiceries avec des aliments biologiques. »* (Isabelle)

Depuis les dernières années, l'agriculture biologique connaît une croissance fulgurante au Canada<sup>41</sup> et le marché des produits biologiques est en pleine expansion au Québec<sup>42</sup>. Les

---

<sup>40</sup> Voir le Chapitre 1 sous 1.3.2 Genre et Alimentation

<sup>41</sup>Agriculture Canada <http://www.agr.gc.ca/fra/industrie-marches-et-commerce/statistiques-et-information-sur-les-marches/par-produit-secteur/produits-biologiques/production-biologique-industrie-canadienne/?id=1183748510661>

<sup>42</sup>Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec  
<http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Productions/Production/agriculturebiologique/Pages/alimentsbio.aspx>

supermarchés, pour répondre à la demande toujours grandissante, offrent maintenant une sélection intéressante de produits biologiques.

Certaines participantes croient fermement à l'achat de produits biologiques. Étonnamment, les hommes de notre échantillon n'ont pas fait allusion aux peurs alimentaires et Normand éprouve même quelques réticences à toute cette notion de produits biologiques.

*« C'est comme si on n'avait pas embarqué dans ce côté-là. J'ai des petites réticences dans ces affaires-là. Bio. Y ont eu à un moment donné cholestérol free, y en a toutes sortes d'autres niaiseries aux États-Unis. C'était la folie furieuse. Mais c'est comme si a quelque part, je trouve qu'il y a une fumisterie là-dedans. » (Luc)*

Les participantes choisissent des aliments biologiques qui, selon leur connaissance, leur semblerait plus à risque d'être contaminés ou trafiqué, s'ils étaient produits de manière industrielle.

*« La volaille, c'est bio. Sinon on dit que les viandes rouges ou même la volaille qui n'est pas bio, semblerait qui ait des hormones dans les produits pour empêcher les petites bêtes d'avoir des maladies. » (Danica)*

*« Oui parce que euh on sait que l'utilisation des pesticides a un rôle important dans la production des aliments donc ce qui est au ras le sol j'achète biologique. » (Béatrice)*

*« La seule chose que j'achète dans les produits naturels, c'est l'aloès. L'aloès, l'antioxydant, je vais là parce qu'ils ont l'aloès 100% pur. » (Béatrice)*

Gislaine n'a pas fait le saut dans l'achat de produits biologiques même si ses enfants, comme elle le dit, sont « bio »

*« Ben mes enfants sont des enfants vraiment bio. » (Gislaine)*

Elle fait un compromis en ayant des « trucs » pour bien laver ses fruits et ses légumes.

*« J'achète pas des aliments bio, mais j'ai des petits trucs pour nettoyer les légumes. » (Gislaine)*

En nettoyant ainsi ses fruits et ses légumes, elle les rend plus acceptables pour sa consommation. Marianne lave aussi ses fruits, mais la raison est autre, elle n'est pas prête à dépenser plus pour des aliments biologiques.

*« Malgré que j'aie une liste d'aliments qu'on dit qu'on devrait acheter biologiques. Mais euh, c'est beaucoup plus cher pis je me dis non quand même je suis pas rendue, je ne suis pas fanatique à ce point-là là. Je mange des bonnes choses. Je lave mes légumes, mes fruits, euh, mais non. » (Marianne)*

Ainsi le fait de manger biologique ou de bien laver les aliments, dans le cas de nos participantes, vient répondre aux besoins d'enrayer les dangers extérieurs qui pourraient altérer les bienfaits des aliments. Nous remarquons dans les propos des participantes qu'elles classent les aliments en deux catégories : ceux qui sont bons pour la santé, les aliments biologiques et ceux qui sont possiblement dangereux pour la santé, les aliments ordinaires. Cette dichotomie est basée sur une connaissance ou une méconnaissance médicale et biochimique des interactions possibles des éléments et nutriments, que l'on retrouve dans les produits alimentaires, et le corps. Même si cette dichotomie est basée sur les effets médicaux et biochimiques, ce sont les représentations symboliques et les convictions morales des participantes à propos de la santé qui dictent la voie du choix alimentaire, et dans ce cas-ci, le choix biologique. Ainsi, le facteur décisionnel, à savoir quel aliment prendre, est basé sur l'aliment qui sera plus bénéfique pour la santé. Nous pouvons ainsi qualifier ce type de choix de santéisé.

### 3.3.3 LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Environ un tiers des participantes inclut les professionnels de la santé dans le maintien de leur santé. Ces professionnels peuvent tout aussi bien faire partie du corps médical que de pratiques parallèles ou encore d'une combinaison des deux.

*« Ben l'essentiel je fais toujours mes exercices, je soigne beaucoup mon alimentation euh ... J'ai, je visite la naturopathe quand j'ai des problèmes, je suis en ostéopathie, en massothérapie. » (Anne)*

*« Oui, j'en discute avec un médecin, j'ai un médecin avec qui je peux discuter beaucoup, qui aime les médecines alternatives. Je*

*trouve que c'est deux médecines qui se complètent. Alors j'utilise autant l'acupuncture et l'ostéopathe, que la physiothérapeute. » (Claudine)*

Certaines participantes consultent les spécialistes de la médecine douce, car elles ne font pas confiance aux traitements offerts par la médecine moderne.

*« [...]ma copine qui est naturopathe et érgioniste (?) ça se peut-tu? Elle a une spécialisation. Je l'ai appelée enfin je lui ai envoyé un petit courriel. Elle m'a suggéré de prendre une prise de sang pour voir si j'avais pas une déficience quelconque. » (Isabelle)*

*R : « Donc si j'avais eu l'opportunité, la connaissance et la surveillance de mon médecin de famille qui me suivait, jamais je n'aurais pris ces médicaments-là pendant 10 ans. Je serais allé de façon naturelle. »*

*Q : « Donc vous auriez laissé le côté, la médecine plus traditionnelle pour aller vers ce que vous considérez plus naturel comme des aliments plus sains, plus organiques, plus biologiques. »*

*R : « Oui, tout, tout ce qui, qui collabore à notre mieux-être quand on entre dans la ménopause si j'avais su qu'il était possible d'avoir le même résultat ou presque avec des produits naturels je serais jamais allée dans les produits chimiques. » (Béatrice)*

*« Donc, euh, ma fille qui est médecin me dit : « prends des anti-inflammatoires. » J'ai dit : « Oh que non ». On va aller voir les aliments qui de l'acidité, pis on va couper les aliments acides. On va essayer de manger des aliments plus alcalins. » [...] Je suis anti-pilule, j'essaie de faire tout ce qui est naturel. » (Marianne)*

Dans ces propos, nous remarquons que ces femmes ont une conception médicale de leurs ennuis de santé (ménopause, inflammation, déficience physiologique), mais les traitements choisis sont déprofessionnalisés médicalement. En d'autres mots, il y a une médicalisation conceptuelle de l'ennui de santé, mais une déprofessionnalisation médicale sur le traitement. Dans le cas des participantes citées, les traitements alternatifs mentionnés tendent à démontrer une conception santéisée du corps. Nous l'avons mentionnée précédemment, en santéisaient les problèmes de santé peuvent provenir d'agresseurs qui sont à l'extérieur du corps ou ils proviennent de l'intérieur du corps. Quelle que soit leur origine, le traitement réside toujours à l'intérieur du corps (Crawford, 1980; Lowenberg et

Davis, 1994). Les participantes veulent modifier leur alimentation pour enrayer de l'intérieur la source du problème. Par exemple, pour ses problèmes inflammatoires, Marianne veut éliminer de son alimentation les aliments acides.

Il est intéressant de noter une différence entre les hommes et les femmes par rapport aux professionnels de la santé. Aucun des hommes interviewés n'a mentionné faire l'usage des thérapies alternatives pour le maintien de sa santé.

### 3.3.4 PLAISIRS, CONTRAINTES ET CULPABILITÉ

Nous avons mentionné que les hommes de notre échantillonnage déclarent ne pas prendre part au soin des autres membres de leur famille. La majorité des femmes de notre enquête, par contre, qu'elles soient en couple ou seule, déclarent prendre soin d'un de leurs proches. Sur les neuf femmes qui déclarent prendre part au soin d'autres membres de leur famille, six mentionnent l'alimentation comme un des composants des soins prodigués.

Cuisiner ou préparer des aliments est un plaisir que l'on peut donner et que l'on partage souvent avec les autres. C'est aussi, pour Claudine, une façon de faire plaisir à ses enfants et à ses petits-enfants.

*« Je fais beaucoup de confiture. Euh, comme là, il va y avoir les fraises, là je vais faire des confitures, je vais faire des confitures d'abricots, des prunes, pour mon année. Pour mon année et pour en donner. Dans des petits, petits pots là. [...] Je vais à la cueillette souvent et les pommes pis les, euh, parce que je fais de la compote de pommes. Euh, les enfants adorent ça. Fait que je fais des grosses grosses grosses compotes de pommes. Pis je fais des fraises. Avec les enfants on va cueillir ... » (Claudine)*

Cependant, cuisiner pour d'autres force aussi certaines participantes à faire des choix alimentaires où leurs préférences sont mises au second plan. C'est le cas de Juliette et d'Élise.

*« J'aime beaucoup les salades aussi. Je pourrais manger ça souvent, juste de la salade avec, euh, de la viande dedans, des morceaux de jambon. Mais mon mari, ça y aime pas ça, fait que,*



*y aime pas ça de la salade, fait que j'en fais moins. Mais, euh, comme là y s'en va pour trois semaines là, placé pour trois semaines par le CLSC, fait que là je vais me faire des choses que j'aime. Là je vais m'en faire des salades pis des, j'aime ça une omelette aussi avec plein d'affaires dedans là, des légumes dedans là, euh. » (Juliette)*

*R : « [...] il faut que je me sacrifie pour manger la même chose que lui.*

*Q : « Dans quel sens vous vous sacrifiez pour lui ? »*

*R : « J'aimerais ça manger plus varié, mais lui, y aime juste le poulet, euh, y aime pas ci, y aime pas ça, n'y aime pas beaucoup les légumes, c'est sûr que je m'en fais pareil, mais, euh, sinon, c'est difficile. » (Élise)*

Ces propos expriment bien les constatations de Lupton (1996) et de Beardsworth, Bryman *et coll.* (2002) où les plats préparés par les femmes reflètent les préférences de leur conjoint. Même si les femmes essaient d'imposer leurs choix et leurs connaissances au sein de leur famille, le choix alimentaire est guidé par les préférences du conjoint.

Il ne faut pas oublier le plus grand plaisir en alimentation : le goût. Dans toutes les entrevues réalisées, il est évident que le goût a un rôle important dans la sélection alimentaire. À l'écoute des entretiens, nous n'avons pas détecté un goût typiquement québécois. Chaque participant avait un goût qui lui était propre.

*« Ben d'abord j'aime ça les yogourts avec euh, avec du sirop d'érable j'aime ça. » (Juliette)*

*« J'aime plus les légumes. » (Gislaine)*

*« J'aime ben le fromage aussi. J'adore le fromage. » (Odette)*

Le plaisir du goût se confronte souvent avec la notion de santé. Les plus grands coupables de ce duel sont le sucre, le sel et la grosseur des portions.

*« Toujours un dessert, chaque fois que j'en mange un peu trop sucré, je me parle, je me parle. Des biscuits, des whippets des fois, whippets (rire) c'est bon du sucré. » (Gislaine)*

*« J'aimais pas ça le sucré alors ... Mais j'aime le salé par exemple, mais c'est pas correct. » (Élise)*

*« Peut-être en quantité. Parce que des fois je trouve que je mange trop. » (Kamilla)*

*« Ben c'est, moi je sais qu'il faut que je diminue au niveau des quantités là, mais euh[...] » (Claudine)*

La culpabilité en alimentation ne vient pas juste des excès. Elle existe aussi lorsque leur comportement n'est pas à la hauteur de leurs attentes en termes de santé.

*« Y a juste un problème que j'ai, c'est l'eau. Je bois pas assez d'eau. » (Claudine)*

*« Il y a aussi le miso. Semble-t-il que ça [a] des vertus, euh, énormes pour nous aider à avoir un système moins acide. J'en prends pas assez, mais il est toujours dans mon frigo. » (Isabelle)*

Nous remarquons, dans ces déclarations, l'emphase du soi. En effet, l'individualisation de l'alimentation est flagrante dans ces témoignages. Ce ne sont pas les normes de santé auxquelles on adhère qui sont inatteignables, mais bien le soi qui est déficient. Ainsi, lorsqu'elles faillissent de prendre soin de leur santé, elles dérogent aux normes de santé qu'elles se sont imposées, elles ressentent de la culpabilité.

### 3.3.5 LES FACTEURS DE L'ÉVOLUTION DU CHOIX ALIMENTAIRE

La majorité des femmes interviewées remarquent qu'il y a eu une évolution dans leur alimentation. Durant leur enfance, certaines participantes concluent, en se fiant aux normes actuelles de santé, qu'elles ne mangeaient pas sainement. D'autres avouent que même si les normes en alimentation étaient différentes à l'époque de leur jeunesse, elles mangeaient santé, car elles connaissaient la provenance de leur nourriture.

*« [...] chez nous c'était que des choses qui venaient du jardin. On avait nos blés d'Inde qui montaient haut de même. Nos plants de tomates, ma mère faisait ses ketchups, euh, j'ai la même recette. Je fais mes ketchups. Très rare que j'achète un ketchup tout fait. Pis c'était, on n'était vraiment pas riches, alors c'était de la bonne nourriture. » (Kamilla)*

*« [...] à cette époque-là, peut-être parce que, euh, il y avait pas d'additifs, pis qui y avait pas de produits chimiques, pis y avait pas les animaux élevés sur la ferme de façon naturelle, pis comme les frères de mon père étaient des cultivateurs, ils amenaient la viande, ils faisaient boucherie, je pense qu'ils appelaient ça, à l'automne. Ils apportaient la moitié d'un bœuf pis la moitié d'un porc, pis mon père s'arrangeait avec ça pour toute l'année. Euh. Moi je pense que c'est parce que les animaux étaient nourris plus naturellement. » (Béatrice)*

Ainsi, pour Kamilla et Béatrice, l'alimentation était plus saine, car la provenance du produit était connue et les méthodes de fabrication et de transformation étaient également connues et contrôlées. Ceci nous ramène aux propos de Lupton (1996) et de Fischler (1998, 2001) sur les peurs alimentaires et la notion d'incorporation alimentaire (voir la section de ce chapitre intitulée « L'environnement, la peur alimentaire et le biologique »).

Les participantes ont décrit plusieurs facteurs qui contribuent à l'évolution du choix alimentaire. Pour Anne, Odette Béatrice, Hélène et Gislaine, c'est suite à une maladie ou à une consultation médicale que des changements alimentaires ont été effectués. Pour Béatrice, la modification alimentaire semble s'être faite assez radicalement.

*R : « J'ai vécu un cancer du sein en 2004 et ça m'a fait réaliser comment l'être humain est vulnérable. Son alimentation, son régime de vie et la qualité de sa vie en découlent. [...] »*

*Q : « Est-ce que votre alimentation a changé ? »*

*R : « Elle a changé complètement. [...] Par exemple, je mange moins de viande à partir de 2004. J'en mange tous les jours, mais j'en mange un repas plutôt que deux. Je mange plus de légumineuses [...] »*

*Q : « Est-ce que c'est vraiment à partir de 2004 que vous avez changé votre alimentation ? »*

*R : « Il y a avant 2004 et l'après 2004. » (Béatrice)*

C'est lors de la maladie de sa petite-fille que Gislaine a commencé à modifier son alimentation.

*R : « J'ai une petite fille qui a 25 ans et qui fait du diabète et depuis ce temps-là je cuisine avec beaucoup moins de sucre. »*

*Q : « Pour elle ou pour vous ? »*

*R : « Pour elle. Pis pour moi aussi. C'est une épreuve, oui. »  
(Gislaine)*

Les membres de la famille ou l'évolution de l'état familiale sont une autre source importante de changements alimentaires. Par exemple, Isabelle a commencé à s'intéresser à la cuisine végétarienne lorsque sa sœur l'a invitée à suivre un cours. L'arrivée de nouveau conjoint, le départ des enfants ou la perte d'un être cher sont tous des sources de modifications du choix alimentaire.

*« Parce que c'est difficile de faire ça pour deux. T'sé là, toute sortir pour deux tourtières là. Ça prend autant de temps que d'en faire douze. Parce que je préparais toute ma pâte, pis j'en faisais trois à la fois, pis je les mettais au fourneau. Mais là, en faire deux ... C'est autant de trouble. Toute sortir la farine, pis faire ça. On est deux pis c'est déjà trop. Trop pour deux une tourtière. Faut la faire réchauffer pis c'est pu aussi bon, fait que c'est ça qui change toute la donne. » (Juliette)*

Plusieurs participantes ont avoué que leur choix alimentaire a évolué grâce à l'influence de leur mère. Effectivement, elles ont mentionné que leur mère leur avait enseigné les bases de l'alimentation saine.

*« J'ai été élevée avec une moman qu'on appelait moman-vitamine. Mais je pense que je suis devenue plus que la moman vitamine. » (Marianne)*

*« [...] Moman nous faisait bien manger. On était quand même cinq. Elle aussi, elle était très, elle voulait vraiment qu'on mange bien. » (Élise)*

### 3.4 SYNTHÈSE

Comme nous l'avons vu, le rapport entre la santé, l'alimentation et les femmes est plus complexe que celui des hommes. Elles évoquent l'environnement, les méthodes alternatives en santé, l'agriculture, les nutraceutiques et l'alimentation biologique. Leurs propos en alimentation vont d'un discours médicalisé lorsqu'elles évoquent les nutriments à un discours santéisé lorsque par exemple, elles incluent dans leur argumentation l'environnement. Cette multitude de types de discours reflète la pluralité des définitions de la santé qu'elles ont offertes. Cependant, ce que nous retenons est que pour la très grande majorité des femmes interviewées, la santé fait partie de leur préoccupation.

Toutes les femmes interviewées tissent un lien entre la santé et l'alimentation. Toutefois, dépendamment des participantes, l'alimentation peut jouer plusieurs rôles. Elle peut être à la fois nutraceutique, c'est-à-dire jouer le rôle d'un aliment médicament, à la fois dangereuse soit par la manière que l'aliment a été produit ou transformé ou encore elle peut être une source de culpabilité.

Pour certaines femmes, l'évolution de leur alimentation les a amenées vers des changements draconiens. Pour d'autres, l'évolution s'est faite au fil de nouvelles tendances ou de nouvelles recommandations. Les femmes ont évoqué plusieurs facteurs contribuant à cette évolution, dont la maladie, les membres de leur famille ou l'état familial et aussi l'influence de leur mère. Effectivement, pour plusieurs participantes, leur mère a eu une influence positive sur leur alimentation, car elle leur a enseigné les bases d'une alimentation saine.

En tenant compte des propos des femmes interviewées, nous ne pouvons nier l'influence des sciences biomédicales sur leur discours alimentaire et sur l'évolution de leur choix alimentaire. Par contre, vu les différentes dimensions abordées associées à l'alimentation lors de leurs entrevues, il nous semble que les femmes ont plus tendance à santéiser leur choix alimentaire.

## Chapitre 4 : Le genre en santé et en alimentation

---

Dans le chapitre des résultats, nous avons relevé plusieurs différences entre le discours des hommes et celui des femmes. Une comparaison réussie de ces discours nous semble improbable puisque notre échantillon est trop débalancé. Cependant, il nous paraît important de se pencher sur les disparités remarquées entre les discours des hommes et les discours des femmes de notre échantillon. Nous croyons qu'une approche pour sonder ces divergences réside dans l'étude du genre et de ses répercussions dans notre société.

Dans ce chapitre, nous explorerons le genre à travers les normes et les rôles sociaux de la santé et de la perception de santé. Nous terminerons ce chapitre en abordant l'alimentation et les impacts du genre sur celle-ci. Tout au long de cet exercice, pour déceler l'influence du genre dans notre enquête, nous ferons référence aux résultats de notre recherche.

### 4.1 LE GENRE

L'idée que les hommes et les femmes gèrent leurs priorités alimentaires différemment peut sembler normale et faire appel au « bon sens » de la vie. En effet, les spécialistes en alimentation, les nutritionnistes, établissent que les hommes ont besoin de plus de calories que les femmes<sup>43</sup> pour maintenir une bonne santé. Ainsi, les hommes et les femmes devraient choisir des aliments qui répondent à leur besoin énergétique. Mais est-ce si simple ? Nous établirons au fil de ce chapitre en quoi le choix alimentaire est influencé par le genre. Nous commencerons, tout d'abord, par expliquer ce qu'est le concept du genre.

Pour comprendre le concept du genre et de ses manifestations dans la société, nous nous appuierons sur les écrits de West et Zimmerman (1987).

West et Zimmerman expliquent dans un premier temps la différence entre *les sexes* et le *genre*.

---

<sup>43</sup> Voir le site de Santé Canada : [http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/basics-base/1\\_1\\_1-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/basics-base/1_1_1-fra.php)

Le genre est le moyen de légitimer la division la plus fondamentale de nos sociétés, soit la dichotomie homme/femme. Cette dichotomie est, à première vue, fondée sur le sexe. West et Zimmerman argumentent que le « sexe » est basé sur des critères biologiques et socialement acceptés pour déterminer qu'un individu est une femme ou un homme.

Le « *genre* » est l'identité sexuelle socialement construite qui crée des différences entre les hommes et les femmes. Ces différences ne sont ni naturelles, ni biologiques et ni essentielles. Le « *genre* » s'exprime à travers les actions de l'individu. En d'autres mots, si l'individu s'identifie à la catégorie femme, les membres de la société s'attendent à ce qu'il agisse en tant que femme et vice versa, les membres de la société s'attendent à ce que l'individu qui s'identifie à la catégorie homme agisse comme un homme.

Le genre est un concept fondamental de nos sociétés occidentales et nous ne pouvons faire abstraction de son influence sur les sphères de la vie sociale. Dans les prochaines sections, nous verrons comment le genre influence la santé et la perception de la santé et ultimement l'alimentation.

## 4.2. LE GENRE ET LA SANTÉ ET LA PERCEPTION DE SANTÉ

Plusieurs recherches démontrent que la santé et la perception de l'état de santé diffèrent selon que l'on est une femme ou un homme (Macintyre, Hunt *et coll*, 1996). Les femmes ont tendance à rapporter une moins bonne santé que les hommes tout en vivant plus longtemps que ceux-ci (Verbrugge, 1985). L'étude de INSPQ de 2006 (Institut National de Santé publique du Québec) abonde dans le même sens. Les femmes québécoises vivent en moyenne cinq ans de plus que leurs congénères masculins. Pourtant, elles rapportent souffrir plus de maux divers que les hommes. Finalement, les hommes se sentent généralement plus en santé que les femmes (INSPQ, 2006).

Cependant, dès 1996, Macintyre *et coll.* (1996) avaient déjà émis une mise en garde à propos des recherches dont les conclusions sont trop généralisées, comme celles du rapport d'enquête de l'INSPQ de 2006. Selon leur dernière analyse de deux recherches, soit « West of Scotland Twenty One » et « Health and Lifestyle Survey », les femmes étaient plus

représentées dans seulement six conditions physiques sur dix-sept. Les différences en santé entre les hommes et les femmes sont beaucoup plus complexes et beaucoup moins statiques que ce que certaines recherches laissent croire. Mactynre et coll. (1996) argumentent que les différences en santé entre les hommes et les femmes varient selon les périodes et selon les sociétés. Ainsi, pendant qu'en Finlande, les femmes rapportaient moins d'immobilités que les hommes dans leurs activités dues à la maladie, les Américaines, elles, mentionnaient plus de conditions chroniques pour la même époque (Mactynre et coll, 1996, p.623). Ce qui reste invariable est que les femmes, toutes sociétés confondues, mentionnent plus de symptômes ayant trait à des manifestations psychologiques et physiques de stress et de détresse, et ce tout au long de leur vie.

Mactynre et coll. (1996) émettent l'hypothèse que les différences remarquées entre la santé des femmes et celle des hommes s'expliqueraient par les rôles sociaux de chacun.

#### 4.2.1 GENRE ET NORMES SOCIALES ET RÔLES SOCIAUX

Catherine E. Ross (1994) a étudié la relation entre les rôles sociaux, la santé et la perception de l'état de santé. Selon cette auteure, une forte corrélation existe entre le travail rémunéré et non rémunéré et l'état de santé et la perception de l'état de santé. Les femmes occupent souvent des emplois à temps partiel ou des emplois moins bien rémunérés que les hommes, ce qui engendre à la longue, une situation financière plus précaire (Bird et Rieker, 1999, Ross et Bird, 1994). De plus, dans les milieux de travail et des loisirs, les femmes ont moins d'occasions favorables de s'épanouir. Toutes ces conditions expliquent en partie, le fait que les femmes s'autodiagnostiquent une santé moins bonne que celle des hommes.

Les auteurs Caroli et Weber-Baghdiguian (2016) démontrent un autre phénomène qui explique les différences entre la santé des femmes et celle des hommes, c'est le rôle des normes sociales sur les individus. Les normes sociales sont définies comme les attentes comportementales auxquelles chaque membre d'un groupe doit répondre. Ces auteurs ont étudié la perception de l'état de santé en milieu de travail. Ainsi, dans un milieu de travail majoritairement féminin, les femmes rapportent plus de problèmes de santé que des femmes travaillant dans un endroit majoritairement masculin. Les hommes aussi ont



tendance à rapporter plus de maux lorsqu'ils travaillent dans un endroit majoritairement féminin que lorsqu'ils travaillent dans un milieu paritaire ou lorsqu'ils travaillent dans un milieu majoritairement masculin.

Une explication de ce phénomène réside dans le fait qu'il soit plus acceptable de discuter et de rapporter des problèmes de santé dans un milieu de travail majoritairement féminin que dans un lieu de travail masculin. En résumé, cette étude démontre que les normes sociales influencent la perception de l'état de santé.

L'étude de Caroli et Weber-Baghdigian (2016) a été faite dans un milieu restreint de travail. Qu'en est-il au niveau de la société en général ? Quelles sont, dans nos sociétés modernes, les normes sociales en santé ?

#### 4.2.3 LES NORMES SOCIALES ET MÉDIAS

Un moyen d'étudier les normes sociales en santé est d'observer ce que les médias diffusent. En effet, selon Renaud et Lagacé (2009) et selon Gough (2006), les médias de masse jouent un rôle important tant dans la formation que dans la transmission et l'adoption des normes sociales en santé. Ainsi, en traçant un portrait de l'image autant écrite que visuelle de la santé, nous serons en mesure de déterminer les normes sociales en santé.

Pour examiner l'image de santé que les médias projettent, Renaud (2010) a étudié les représentations de l'homme et de la femme dans les téléromans québécois et les publicités québécoises, la diffusion de messages sur l'activité physique et l'alimentation dans les émissions de services, les bulletins de nouvelles et les émissions d'affaires publiques et le journal *La Presse*. Plusieurs constats ressortent de cette étude.

Premièrement, une dissemblance existe entre l'image véhiculée de l'homme et celle de la femme dans les téléromans. En effet, dans les téléromans, la corpulence des hommes reproduit majoritairement l'apparence d'un poids santé ou supérieur au poids santé comparativement à la corpulence des femmes qui se trouve majoritairement sous le poids santé. Lors de publicité au sujet de l'activité physique, selon Renaud, 100 % des actrices choisies étaient très en dessous du poids santé.

Deuxièmement, dans tous les médias, l'activité physique pour le bienfait de la santé a été peu évoquée dans tous les médias confondus. Par contre, au cours des 20 dernières années, l'alimentation saine a pris une place grandissante dans les médias.

Cependant, la question reste. Pourquoi, dans les médias, l'image corporelle des hommes et des femmes est-elle si différente et pourquoi représente-t-elle peu ou pas, pour les femmes, une apparence de poids santé ?

La réponse à cette interrogation réside dans les concepts de masculinité et de féminité. La féminité et la masculinité se conçoivent à travers les actions reflétant les rôles et les normes de chaque sexe.

*« The activities that men and women engage in, and their gendered cognitions, are a form of currency in transactions that are continually enacted in the demonstration of gender. » (Courtenay, 2000, p.1388)*

Les actions en santé que chaque sexe pose sont en fait des actes sociaux qui servent aussi à déterminer ce que représente la féminité ou la masculinité.

#### 4.2.4 FÉMINITÉ ET MASCLINITÉ

Courtenay (2000) a décrit quelques traits de la masculinité et de la féminité par rapport à la santé. Une caractéristique prédominante de la masculinité en ce qui concerne la santé est que les hommes semblent adopter des comportements à risque, c'est-à-dire qu'ils sont plus portés à consommer de l'alcool, à conduire de manière dangereuse, à travailler excessivement ou à exercer des sports extrêmes (Courtenay, 2000, Gough, 2006). En adoptant des comportements à risque, les hommes veulent démontrer que leur corps est structurellement plus fort que celui des femmes. Cette conception du corps entraîne aussi d'autres comportements à risque comme de ne pas en prendre soin et de rejeter les conduites pouvant bénéficier à leur santé comme aller voir un médecin et reconnaître les symptômes anormaux. Les diktats de la masculinité entraînent les hommes à ne pas modifier leur conduite, car parler de leur malaise ou s'occuper de leur santé mettrait en

péril leur identité masculine et leur sentiment de supériorité (Courtenay, 2000, Gough, 2006)

Dans notre enquête, les hommes ont tous démontré des traits de masculinité par rapport à leur santé.

Luc, lorsqu'il était jeune, pratiquait des sports compétitifs et durs physiquement tels que le hockey et le football. De plus, il ne s'est jamais soucié de sa santé durant sa jeunesse. Il admet avoir fait de mauvais choix alimentaires lors de repas pris à l'extérieur de la maison et d'avoir consommé avec plaisirs une bonne quantité d'alcool. Bien que depuis sa retraite, Luc s'entraîne régulièrement, ce n'est qu'à la suite de son opération cardiaque que Luc fait maintenant très attention à sa santé en s'entraînant au centre EPIC et en modifiant radicalement son alimentation.

Pour Normand, les traits de masculinité en santé se sont exprimés lorsque celui-ci parle de la santé en termes de travail. Effectivement, le fait de parler de la santé en termes de travail nous ramène à la construction de l'idéal masculin où les énergies physiques et mentales sont mises à contribution pour atteindre un succès au travail.

*«The expenditure of significant physical or mental energy in overcoming environmental challenges to achieve success at work typically becomes an important aspect of the ideology of real manhood. » (Axelrod, 2001)*

En santé, la féminité se traduit en des traits opposés à la masculinité (Courtenay, 2000, Gough, 2006). Un premier constat de ce phénomène est qu'effectivement, la majorité des femmes de notre enquête admettent préférer les fruits et les légumes à la viande.

S'il n'est pas tenu de demander aux hommes de prendre soin de leur santé, les normes de féminité, à l'inverse, demandent aux femmes de prendre soin de leur santé et les responsabilisent sur l'état de leur santé (Roy, 2008). Les femmes prennent soin de leur santé, car d'une part elles vont consulter les médecins et les autres spécialistes de la santé et elles sont plus favorables aux recommandations faites pour maintenir une bonne santé

(Courtenay, 2000, Gough, 2006). Les normes de féminité décrivent les femmes comme des expertes en matière de santé tant pour leur propre santé que celle de leurs proches. En ce qui concerne l'aide aux proches, les femmes sont perçues comme des êtres rationnels capables de relever les défis les plus exigeants.

Dans notre enquête, nous pouvons faire ce même constat. La majorité des femmes de notre enquête, qu'elles soient en couple ou seule, déclare prendre soin d'un de leurs proches. À l'inverse, aucun des hommes interviewés ne déclare prendre soin d'un membre de leur famille.

Les diktats de la féminité ne sont pas toujours positifs pour la santé des femmes. En effet, les femmes sont incitées à suivre moult diètes pour atteindre un corps idéal, même si celui-ci ne reflète pas un poids santé. (Courtenay, 2000).

#### 4.2.5 FÉMINITÉ – MINCEUR - SANTÉ

« Le culte moderne de la minceur féminine paraît dépourvu de tout précédent historique véritablement comparable. » (*Fischler, 2001, p.378*)

Le culte de la minceur est très récent dans l'histoire de l'humanité. Les représentations féminines les plus anciennes, soit celles datant de l'ère néolithique ou paléolithique supérieur, dépeignent les femmes comme des personnes rondes et obèses selon les critères de beauté d'aujourd'hui (Fischler, 2001). Même encore de nos jours, dans certaines cultures en Mauritanie (Barrere, 2001), les femmes sont considérées comme belles lorsqu'elles ont des rondeurs et qu'elles sont grasses.

Dans les sociétés occidentales, la minceur comme une norme fait son apparition au début de XX<sup>e</sup> siècle avec le rejet du corset grâce aux nouvelles tenues signées Paul Poiret et Coco Chanel. En France, le rejet du corset marque une étape importante dans l'émancipation de la femme, car il concorde avec l'arrivée des femmes sur le marché du travail. Dès 1906, en France, les femmes occupent 40% des emplois de type col blanc (Fischler, 2001). Cette nouvelle activité de la femme change alors la représentation de son corps. Celui-ci n'est

plus considéré comme un « décor ». Il doit être actif, dynamique et libéré pour pouvoir accomplir les nouveaux rôles que demande leur entrée sur le marché du travail.

La minceur du corps féminin représente cette agilité, dynamisme dont la femme a besoin pour participer au travail rémunéré.

L'image du corps féminin subit d'autres transformations. Dépourvu de crinoline, de cerceau et de gaine, le corps qui était jusque là réservé au regard intime s'expose de plus en plus au regard public.

« [...] le corps public et le corps privé, le corps représenté et le corps intime, se confondent, deviennent un. » (Fischler, 2001, p362).

Avec ce regard public porté sur la morphologie de la femme, ce ne sont plus les vêtements qui doivent se métamorphoser selon le goût du jour, c'est le corps qui « *doit être modelé conformément à la mode* » (Fischler, 2001, p363).

Avec les années, le corps de la femme s'amincit de plus en plus. Entre les années 1950 et les années 1980, le poids des gagnantes du concours Miss America a diminué de plus de cinq kilogrammes (Fischler, 2001). Les mannequins de mode haute couture d'aujourd'hui et la représentation féminine dans les magazines sont devenues tellement amincies par le diktat de la mode que celles-ci sont critiquées de promouvoir une maigreur malade. Pour contrer cette tendance, en décembre 2015 le gouvernement français a adopté une loi qui stipule que l'activité du mannequinat est conditionnelle à la délivrance d'un certificat médical certifiant l'état de santé du mannequin et spécifie que toutes les photos retouchées dans les magazines doivent porter une mention en ce sens<sup>44</sup>.

---

<sup>44</sup>Modernisation de notre système de santé article 19

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=EB2E7C0245895AFA6E4E53CFDBC7459F.tpdila12v\\_2?idArticle=JORFARTI000031912988&cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=29990101&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=EB2E7C0245895AFA6E4E53CFDBC7459F.tpdila12v_2?idArticle=JORFARTI000031912988&cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=29990101&categorieLien=id)

Modernisation de notre système de santé article 20

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=EB2E7C0245895AFA6E4E53CFDBC7459F.tpdila12v\\_2?idArticle=JORFARTI000031912992&cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=29990101&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=EB2E7C0245895AFA6E4E53CFDBC7459F.tpdila12v_2?idArticle=JORFARTI000031912992&cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=29990101&categorieLien=id)

Ce devoir de minceur se répercute aussi dans les articles des magazines féminins. L’auteur F. Régnier a examiné deux magazines, un français, *Modes et travaux* et un américain, *Good Housekeeping*. Dans l’analyse de ces magazines, la minceur est présentée comme un enjeu ayant de plus en plus d’importance au sein de la vie des femmes. Pour parler de la minceur, les magazines, à leur début, en discutaient en tour de taille et en centimètres ou en pouces selon le pays. L’application de crèmes ou d’un vêtement spécial était des solutions proposées pour atteindre les mensurations idéales. La minceur était atteinte par des actions extérieures, des actions qui touchent l’extérieur du corps. Rapidement, la minceur s’intériorise, elle doit commencer par l’intérieur du corps et s’exprimer en termes comme de kilos et d’alimentation. Ce n’est qu’à partir des années 2000 que ces magazines font un lien entre la perte de poids et la santé.

Une fois qu’il est apparu le discours reliant la minceur, la perte de poids et l’alimentation, prend rapidement un rôle central dans les revues. Les revues multiplient les articles sur les régimes amaigrissants et commencent à cibler des aliments en particulier, dans un premier temps pour la perte de poids et par la suite au bénéfice de la santé.

Cependant, ce que les auteurs de ces articles oublient est que l’alimentation est bien plus qu’un moyen pour maigrir et pour maintenir la santé. L’alimentation est avant tout symbolique. Dans les prochaines sections, nous allons explorer ce symbolisme alimentaire.

#### 4.3 LE DOMAINE SYMBOLIQUE : LA NOURRITURE COMME SYMBOLE

En faisant des recherches sur l’alimentation, nous découvrons que beaucoup d’ouvrages relient souvent celle-ci à la nutrition. Pourtant, manger est un acte à la fois biologique et social. Biologique, car comme nous sommes des êtres vivants qui devons nous alimenter pour survivre. Aucun être humain ne peut survivre s’il n’ingère pas d’aliments. Manger est aussi social, car nous mangeons ce qu’il apparaît acceptable de manger. Ce qui est socialement acceptable de manger dans un pays ou une région ne l’est pas nécessairement dans un autre. C’est ce qui explique que les Québécois ne mangent pas la même chose que les habitants de la province Hunan en Chine et ce pourquoi les Québécois ont dédain de

manger des insectes. Pourquoi y a-t-il dans chaque pays ou même dans chaque région géographique des spécialités culinaires? Comment se fait-il que notre cuisine (entendons par ce terme la façon dont nous préparons les aliments) se modifie avec le temps ? Bien que notre alimentation soit directement influencée par ce qui nous est accessible, elle est aussi façonnée par les époques, par les politiques et la technologie. Notre alimentation est façonnée et réglée par notre environnement social.

L'humain est un être omnivore qui peut par conséquent se nourrir d'aliments divers. Mais comme le note Fischler : *« si nous ne consommons pas tout ce qui est biologiquement comestible, c'est que tout ce qui est biologiquement comestible n'est pas culturellement comestible. »* (Fischler : 2001, p. 31.). En effet, les aliments sont porteurs de sens. Pour qu'un produit soit qualifié d'aliment, il faut, selon Poulain (Poulain : 2002, p. 236) qui réponde à quatre qualités qu'il soit nutritionnel, organoleptique, hygiénique et symbolique. L'aliment doit être nutritionnel, car il doit apporter au corps des éléments énergétiques, des éléments minéraux, des vitamines et de l'eau dont le corps a besoin pour fonctionner. L'aliment a besoin de qualités organoleptiques pour être ingéré. Il doit provoquer des sensations psychophysiologiques soit par la vue, l'odeur, le goût, le toucher. Il doit aussi avoir des propriétés proprioceptives telles que la perception d'une résistance de l'aliment au niveau des muscles de la bouche ou sa présence stomacale. Pour être ingéré, l'aliment doit être dépourvu de toute toxicité. Il doit être hygiénique. Finalement, l'aliment consommé doit résonner d'une symbolique. En Amérique du Nord, l'ingestion d'insectes n'est pas commune, elle est même considérée comme dégoûtante. Pourtant, plusieurs recherches, dont celle de Banjo, Lawal et Songonuga (2006), démontrent que les insectes sont nutritifs. Les insectes sont organoleptiques : ils ont une odeur, un goût et des qualités proprioceptives. Même s'il existe des insectes toxiques pour l'homme, il y en a d'autres qui n'ont aucune toxicité et sont donc hygiéniques pour l'homme. Par contre, pour les Nord-américains, il n'y a aucune symbolique positive à ingérer des insectes. En fait, c'est tout le contraire. La nourriture qui a été touchée par un insecte ramène à une symbolique dégoûtante ; tout comme considérer un insecte en tant qu'aliment. Rozin et Fallon (1987) ont posé cette question durant la recherche sur le dégoût : mangeriez-vous une coquerelle désinfectée ? Pour les répondants, le sujet même de la question était offensant. Le dégoût n'est pas une réaction innée. Les enfants de 0-5 ans ne connaissent pas le dégoût (Rozin et

Fallon, 1987). Dans les premières années de leur vie, les enfants se font enseigner par les adultes ce qui est bon à manger.

« *Le dégoût peut avoir ses racines dans l'évolution, mais il est clair que c'est un produit culturel* » (Rozin : 1997, p. 111).

Ainsi, pour qu'un produit soit ingéré, il doit être qualifié symboliquement de manière positive. Deborah Lupton (1996) dénote que nous utilisons des qualificatifs comme bon ou mauvais, masculin ou féminin, puissant ou faible, vivant ou mort, bon ou mauvais pour la santé, sophistiqué ou gauche, vertueux ou immoral, animal ou végétal. Tous ces qualificatifs démontrent que les aliments passent à travers une transformation culturelle pour ensuite être catalogués en fonction de leur symbolisme sociétal.

Le symbolisme ne se retrouve pas seulement dans l'aliment. Les mets culinaires ont aussi leur représentation symbolique. Il y a la nourriture des repas de tous les jours, des mets de réconforts, la cuisine des grands jours... Comme le dégoût, la signification des mets s'apprend dès notre plus jeune âge. Dans le livre pour enfant « *Petit Ours Brun aime Noël* » (2007) qui vise les jeunes enfants de un à quatre ans, le personnage principal hume l'odeur de cuisson d'une dinde au four et l'auteur met en relation la dinde avec le repas de Noël. « *À Noël, chez Petit Ours Brun, il y a une dinde au four, alors ça sent l'odeur des grands jours.* » (Aubinais, 2007, p.4). Dans ce cas-ci, le repas de dinde est l'élément central d'un événement social. Il y a d'autres exemples dans notre société nord-américaine où la nourriture est un élément important d'un événement social. Nous n'avons qu'à penser au champagne du Nouvel An, aux œufs en chocolat de Pâques, aux bonbons d'Halloween, au gâteau pour un anniversaire, etc.

Ainsi, le choix alimentaire est avant tout symbolique que ce soit dans les repas de tous les jours ou pour les grandes occasions. Nous tenterons de démontrer dans les prochaines sections l'influence du genre sur le symbolisme en alimentation.

#### 4.3.1 GENRE ET ALIMENTATION

Dans les dernières années, plusieurs recherches ont étudié les facteurs qui influencent le choix alimentaire. Un des facteurs qui ressort et qui n'est ni influencé par la situation



économique ou la classe sociale est le fait d'être une femme ou un homme. En effet, le genre a une influence sur les préférences alimentaires. Le rapport d'enquête les *Québécois et les Québécoises mangent-ils mieux ?* (Bertrand, 1995) nous en donne un aperçu. D'autres enquêtes à travers les sociétés occidentales nous démontrent que cette tendance n'est pas simplement une caractéristique de la société québécoise (Jensen, 1999). Dans les recherches effectuées, l'apport énergétique de l'alcool et des viandes est plus élevé chez l'homme que chez la femme. À l'inverse, les femmes retirent une plus grande partie de leur apport énergétique dans les fruits et les légumes (Bertrand 1995, Jensen, 1999). Encore une fois, la question se pose. Pourquoi existe-t-il une différence entre l'alimentation des femmes et celle des hommes ?

Certains auteurs argumentent que les rôles sociaux de chaque sexe influencent le rapport des femmes et des hommes à l'alimentation (Bellows, Alcaraz *et coll*, 2010). Ainsi le rôle traditionnel de mère et de ménagère permettrait aux femmes d'être plus à l'affût des besoins nutritionnels de la famille et donc, de faire de meilleurs choix alimentaires. (Bellows, Alcaraz *et coll.*, 2010).

Une autre explication de la différence entre l'alimentation féminine et masculine réside dans les normes sociales. En effet, plusieurs auteurs, dont Bourdieu, Barthe et Twiggs, démontrent que l'alimentation est sexospécifique. Les cultures occidentales classent les aliments selon qu'ils représentent ou renforcent le symbolisme de la masculinité ou de la féminité. La viande rouge, par exemple, serait préférée par les hommes, car elle symbolise des qualités comme la force, le pouvoir et la virilité (O'Doherty et Holm, 1999). En contrepartie, les douceurs telles que les desserts ou les mets plus sucrés sont liées à la féminité et donc préférées par les femmes.

Dans le discours des femmes et des hommes de notre échantillon, nous avons soulevé cette dichotomie. En effet, pour tous les hommes de notre échantillon, l'incorporation de la viande dans leur alimentation est importante.

Souvenons-nous de Luc qui éprouvait une certaine appréhension à consulter la nutritionniste de l'EPIC, car lors d'une consultation antérieure avec une diététiste, celle-ci lui avait recommandé de diminuer sa consommation de viande. L'importance de la viande dans l'alimentation a souvent été mentionnée dans la littérature comme une caractéristique

de l'alimentation masculine (Nath, 2011, Bellows, Alcaraz *et coll.*, 2010). En demandant de restreindre la quantité de viande consommée, on demande ainsi à Luc de se départir d'une composante de sa masculinité.

*« Meat is a resource and symbol of hegemonic masculinity; abstaining from it is thus unambiguous expression of non-traditional values, especially for men » (Nath, 2011)*

Nous remarquons que la nutritionniste du centre EPIC a pu imposer son discours nutritionnel de l'alimentation, car dans ses propos rapportés par Luc, elle n'a pas confronté Luc aux caractéristiques masculines de l'alimentation comme mentionnées par Nath (2011).

Nous avons soulevé aussi dans notre enquête que les femmes, contrairement aux hommes, préfèrent les légumes et les fruits. Elles ont aussi une tendance à aimer et à cuisiner les aliments plus sucrés. Claudine aime faire des confitures (p.79), Juliette le yogourt avec du sirop d'érable (p.80), Béatrice parle avec appétit de sa salade aux fruits (p.72) et Gislaine raffole des biscuits (p.80).

Cette dichotomie des aliments fait aussi référence au principe d'incorporation de Fischler (2001). Le principe d'incorporation est à la fois réel et imaginaire. Il est réel, car l'absorption des aliments nous donne l'énergie et les éléments nécessaires pour le bon fonctionnement du corps. Il est d'autre part imaginaire, symbolique, car « *nous devenons ce que nous mangeons* » (Fischler, 2001, p.66). Ainsi dans cette optique, pour qu'un homme reste vaillant, viril et fort, il consommera des aliments auxquels la société a imaginé des propriétés similaires. Les femmes, à leur tour, consommeront des aliments qui les aideront à construire ce qu'elles souhaitent devenir.

*« L'aliment construit le mangeur : il est donc normal que le mangeur cherche à se construire en mangeant » (Fischler, 2001, p.66).*

La construction identitaire alimentaire est une source de conflit pour la plupart des femmes de notre recherche. En effet, lorsque la norme féminine en santé se confronte à l'absorption des mets sucrés qui, comme mentionné précédemment, est une norme alimentaire liée à la féminité (O'Doherty et Holm, 1999), les femmes ressentent de la culpabilité. Ainsi, les participantes éprouvent une double culpabilité. Elles sont confrontées à deux normes

opposées : la norme que les femmes doivent faire attention à leur santé et la norme que les mets sucrés représentent la féminité alimentaire. Dans cette confrontation, il n'y a pas de gagnant, car dans un choix ou dans l'autre, les femmes sont perdantes. Elles n'auront pas satisfait aux exigences des deux normes en même temps.

Cette construction identitaire alimentaire ne se fait pas seulement au premier degré, c'est-à-dire par une corrélation simple comme avec l'exemple précédent de la consommation de la viande rouge par les hommes.

Dans l'enquête *Women, men and food : the significance of gender for nutritional attitudes and choices* (Beardsworth, Bryman et coll., 2002), les auteurs rapportent que les femmes ont plus tendance que les hommes à choisir des aliments avec une connotation morale ou éthique. Ainsi, les femmes sont plus enclines à répondre de manière affirmative aux questions concernant l'achat de produits alimentaires ayant un impact minimum sur l'environnement ou concernant l'achat de produits animaliers respectant de hautes normes éthiques et réduisant les souffrances animales.

Cette tendance à répondre par l'affirmatif à des questions d'ordre moral à propos de l'achat alimentaire démontre un autre aspect de la féminité soit celui d'être sensible aux besoins des autres. (Nelson, Brunel et coll, 2006, Brunel et Nelson, 2000)

Cette sensibilité vers l'altruisme se reproduit aussi au sein du repas familial<sup>45</sup>. En effet, qu'arrive-t-il au choix alimentaire individuel à l'intérieur du noyau familial ? Au sein de la famille, les femmes sont majoritairement celles qui s'occupent de la préparation alimentaire (Lupton, 1996). Cependant, elles ne servent pas à leur famille des plats qui reflètent leurs préférences alimentaires. Ce sont normalement les préférences alimentaires du conjoint qu'on prépare et offre à la famille.

---

<sup>45</sup> Ici, nous parlerons de la famille traditionnelle dans le sens d'une famille composée d'une femme, d'un homme et de leurs enfants. Il serait tout de même intéressant dans une autre recherche d'examiner l'enjeu du pouvoir alimentaire au sein d'une famille de conjoints de même sexe.

Même si certaines femmes considèrent que servir un repas qui reflète les goûts alimentaires de leur conjoint est une manière de remercier et de reconnaître le travail que celui-ci accomplit en dehors du foyer familial, la répression des préférences alimentaires de la femme démontre l'inégalité du pouvoir du genre au sein de la famille, et ce à travers le choix alimentaire (Beardsworth, Bryman *et coll.*, 2002). Notre enquête reflète bien cette inégalité des pouvoirs. Élise et Juliette se sont exprimées sur les sacrifices alimentaires qu'elles font (p.79). Leurs préférences alimentaires sont mises au second plan et ce sont les préférences alimentaires de leur conjoint qui guident l'élaboration des repas.

## CONCLUSION

Dans cette revue de littérature sélective, nous avons abordé plusieurs sujets et éléments clés pour comprendre l'influence du genre sur la santé et l'alimentation. En élaborant le concept du genre, ceci nous a permis, dans un premier temps, de démontrer les différences entre la féminité et la masculinité à l'aide d'une réflexion de l'image des corps projetés par les médias. Cette réflexion nous a amenés à élaborer sur l'alimentation comme moyen de maigrir et aussi sur la place du symbolisme dans l'alimentation. Nous avons poursuivi avec l'influence du genre sur ce symbolisme alimentaire pour finalement finir sur une relation de pouvoir au sein de la famille, et ce à travers le choix alimentaire. Nous avons aussi, tout au long de ce chapitre, fait des parallèles avec les résultats de notre recherche.

## Chapitre 5 : Conclusion

---

L'objectif de ce mémoire était de pouvoir étudier l'évolution du choix alimentaire et de voir jusqu'à quel point celui-ci est médicalisé ou santéisé. Nous avons utilisé le concept de la médicalisation dans notre questionnement, car, dans nos sociétés, la santé est souvent liée à la médecine. Le concept de médicalisation vient expliquer l'articulation entre la santé et la médecine. De plus, nous avons fait appel au concept de santéisation. La santéisation surgit quand certains comportements sont jugés indésirables pour le bien-être de la santé. Ainsi, notre question de recherche est devenue :

- Comment le choix alimentaire des Québécois évolue-t-il et jusqu'à quel point est-il médicalisé ou santéisé ?

Nous avons premièrement effectué une revue de littérature sur le concept de la médicalisation en y incorporant les différentes approches définissant la santé. Dans ce chapitre, nous avons aussi expliqué un autre concept, celui de la santéisation. Nous avons par la suite lié les concepts de santéisation et de médicalisation à l'alimentation pour finalement définir la nutrition comme la médicalisation de l'alimentation, car elle conceptualise les aliments en termes biomédicaux en fonctions de leurs composants nutritionnels. De plus, nous avons démontré que c'est grâce à l'influence de la santéisation que la nutrition est la seule vision de l'alimentation à être diffusée à travers la société québécoise.

Dans l'ensemble, l'analyse des entretiens nous a permis de démontrer que les répondants conceptualisent leur alimentation soit d'une manière médicalisée ou santéisée. Effectivement, nous avons relevé des différences entre le discours des hommes et celui des femmes. Les hommes avaient tendance à médicaliser leur alimentation tandis que les femmes avaient tendance à santéiser leur alimentation. Nous avons expliqué cette différence par l'introduction du concept du genre. En introduisant les caractéristiques féminines et masculines de l'alimentation, nous avons pu remarquer que les résultats obtenus de notre recherche s'alignent avec les différentes recherches effectuées sur l'alimentation sexospécifique. Il y a plusieurs facteurs qui influencent l'évolution du choix alimentaire chez les hommes, le premier étant la situation familiale. En effet, la majorité des hommes interviewés ont commencé à faire de meilleur choix alimentaire lors de leur

vie en couple. Cependant, le plus gros changement alimentaire chez les hommes est survenu après des problèmes de santé. L'intervention des sciences biomédicales a modifié alors leur discours alimentaire ou leur choix alimentaire. Pour la plupart des hommes interviewés, leur choix alimentaire est devenu plus santé avec l'aide de ressources médicalisées telles que les nutritionnistes et les médecins. Leur choix ou leur discours est devenu plus médicalisé. Nous avons remarqué que cette médicalisation du choix ou du discours concordait avec le type d'approche de leur définition de la santé, le naturiste.

Chez les femmes, le rapport entre l'alimentation et la santé est plus complexe. Les femmes ne sont pas simplement influencées par la médicalisation des aliments, mais aussi par le discours de santéisation qui règnent dans notre société. Nous avons remarqué cette influence de la santéisation dès leur définition de la santé où plusieurs femmes ont exprimé l'importance de la santé dans leur vie. Les femmes ont abordé plusieurs dimensions reliées à l'alimentation : l'environnement, les médecines parallèles, la peur alimentaire, l'alimentation biologique et la culpabilité. Pour certaines femmes, leur alimentation n'est pas devenue nécessairement plus santé, car elles avaient déjà, selon elles, une bonne alimentation. Cependant, leurs propos démontrent qu'elles sont influencées par les discours santéisés véhiculés par les instances gouvernementales et médiatiques. Pour d'autres, leur alimentation a évolué pour intégrer des concepts de santé découlant des dimensions reliées à l'alimentation qui les interpellent. Ainsi, il nous semble que les femmes ont plus tendance à santéiser leur choix alimentaire.

Bien que nous ayons généralisé les résultats de notre recherche, elle devrait plutôt être considérée comme exploratoire. En effet, avec les contraintes de temps et de ressources et vu la difficulté que nous avons eue à recruter des hommes pour nos entrevues, de là, la saturation partielle des données, et la petitesse de notre échantillon, nous ne pouvons prétendre que nos constats puissent s'étendre à l'ensemble de la population québécoise. Toutefois, quelques pistes de réflexion sont survenues au cours de cette recherche et pourraient conduire à d'autres études similaires. En premier lieu, il serait intéressant de trouver un moyen pour que l'on puisse réinsérer la variable du revenu dans ce type d'enquête. En effet, une de nos participantes a eu, tout au long de sa vie, un revenu très modeste et a présenté des manières différentes de consommer des aliments plus santé. Deuxièmement, nous avons constaté que notre échantillon ne contenait pas de personnes

immigrées. Idéalement, pour bien représenter la population québécoise et pour enrichir le discours sur une alimentation saine, il aurait été intéressant de donner la parole à des Néo-Québécois. De plus, nous nous sommes concentrés sur une région urbaine avec comme caractéristique une facilité à trouver une multitude de produits. La question qui survient est : « Que devient la perception d'une alimentation saine en région éloignée ou en région nordique ? »

Nous avons aussi constaté que dans notre recherche, les hommes faisaient un lien entre la santé et le sport. Ce lien n'est pas présenté dans la littérature que nous avons consultée. Selon Gough (2006), les hommes parlent volontiers des sports en faisant référence aux compétitions sportives et aux liens sociaux qui se tissent lors de pratiques de sport d'équipe, mais rarement font-ils le lien entre la pratique du sport et de la santé. Il serait intéressant d'approfondir ce contraste entre les observations de Gough (2006) et nos observations. Est-ce que les hommes en vieillissant font plus de liens entre la santé et le sport ou est-ce plutôt une caractéristique masculine québécoise?

Dans cette recherche, nous avons brièvement abordé la lutte de pouvoir alimentaire entre les hommes et les femmes. Force est de constater que les relations de pouvoir pourraient être différentes entre couple du même sexe ou avec des individus transgenres.

Lors de la construction de notre revue de littérature, la majorité des recherches sur la médicalisation et la santéisation portaient sur comment une situation est médicalisée ou santéisée. À l'inverse, notre recherche a démontré comment la médicalisation et la santéisation de la société s'expriment à travers les choix de l'individu et que cette expression de la médicalisation et de la santéisation à travers le choix de l'individu peut être influencée par le genre. Il est à se demander si d'autres recherches utilisant une méthodologie semblable feraient ressortir aussi une discordance entre les genres.

Notre étude enrichit tout de même les connaissances sur l'alimentation québécoise, car peu d'études qualitatives ont offert la chance à la population de s'exprimer sur ce sujet. En cette occurrence, il ne semble pas exagéré de conclure que ce mémoire contribue à l'avancement de la recherche et à une meilleure compréhension des domaines de l'alimentation, de la médicalisation et de la santéisation.

# Bibliographie

---

- Amazan, W, Immigration et insertion professionnelle: le cas des Haïtiens arrivés au Québec après le tremblement de terre de 2010, Université de Montréal, 2016.
- Annandale, Ellen et Kate Hunt, « Masculinity, femininity and sex: an exploration of their relative contribution to explaining gender differences in health », *Sociology of Health & Illness*, vol. 12, no° 1, 1990, p. 24-46.
- Arcury, Thomas A, Sara A Quandt et Ronny A Bell, « Staying healthy: the salience and meaning of health maintenance behaviors among rural older adults in North Carolina », *Social Science & Medicine*, vol. 53, no° 11, 2001, p. 1541-56.
- Armstrong, David, « The rise of surveillance medicine », *Sociology of health & illness*, vol. 17, no° 3, 1995, p. 393-404.
- Aubé, Claude B., *Chronologie du développement alimentaire au Québec*, Saint-Jean-sur-Richelieu, Québec: Saint-Jean-sur-Richelieu, Québec : Éditions du Monde alimentaire, 1996.
- Aubinais, Marie, *Petit Ours Brun aime Noël*, Edited by Bayard jeunesse, 2007.
- Axelrod, Steven D, « The vital relationship between work and masculinity: A psychoanalytic perspective », *Psychology of Men & Masculinity*, vol. 2, no° 2, 2001, p. 117.
- Banjo, AD, OA Lawal et EA Songonuga, « The nutritional value of fourteen species of edible insects in southwestern Nigeria », *African Journal of Biotechnology*, vol. 5, no° 3, 2006, p. 298-301.
- Baril, Gérald et Marie-Claude Paquette, *Les normes sociales et l'alimentation, analyses des écrits scientifiques*, Edited by Direction du développement des individus et des communautés: Institut national de santé publique du Québec, 2012.
- Barrere, B, « Enquête Démographique et de Santé mauritanie 2000-2001 », édité par Office National de la Statistique (ONS) Mauritanie et ORC Macro, p. 185-205, 2001.



- Beardsworth, Alan, Alan Bryman, Teresa Keil *et al.*, « Women, men and food: the significance of gender for nutritional attitudes and choices », *British Food Journal*, vol. 104, no° 7, 2002, p. 470-91.
- Beardsworth, Alan et Teresa Keil, *Sociology on the menu: An invitation to the study of food and society*: Routledge, 2013.
- Béliveau, Richard, Denis Gingras et David Servan-Schreiber, *Cuisiner avec les aliments contre le cancer*: Éditions du Trécarré, 2006.
- Bellows, Anne C, Gabriela Alcaraz et William K Hallman, « Gender and food, a study of attitudes in the USA towards organic, local, US grown, and GM-free foods », *Appetite*, vol. 55, no° 3, 2010, p. 540-50.
- Bertrand, Lise, *Les Québécoises et les Québécois mangent-ils mieux? Rapport de l'enquête québécoise sur la nutrition 1990*: Santé Québec, Rapport de l'enquête québécoise sur la nutrition, 1995.
- Bircher, Johannes, « Towards a dynamic definition of health and disease », *Medicine, Health Care and Philosophy*, vol. 8, no° 3, 2005, p. 335-41.
- Bird, Chloe E et Patricia P Rieker, « Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health », *Social science & medicine*, vol. 48, no° 6, 1999, p. 745-55.
- Blanchet, Alain et Anne Gotman, *L'entretien*: Armand Colin, L'enquête et ses méthodes, 2009, 126 p.
- Blanchet, Carole, Patricia Lamontagne, Louis Rochette *et al.*, *La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes québécois*: Institut national de santé publique du Québec, 2009.
- Bonnie, Richard J, « Political abuse of psychiatry in the Soviet Union and in China: complexities and controversies », *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, vol. 30, no° 1, 2002, p. 136-44.
- Boorse, Christopher, « Health as a theoretical concept », *Philosophy of science*, no°, 1977, p. 542-73.
- Boutin, Gérald, *L'entretien de recherche qualitatif*: Presses de l'Université du Québec, 2000.

- Bow, Daisy Anne, Claude Fischler et Estelle Masson, « Manger: Français, Européens et Américains face à l'alimentation »: JSTOR, 2009.
- Bronfort, Gert, Maria A Hondras, Craig A Schulz *et al.*, « Spinal manipulation and home exercise with advice for subacute and chronic back-related leg pain: a trial with adaptive allocation », *Annals of internal medicine*, vol. 161, no° 6, 2014, p. 381-91.
- Broom, Dorothy H et Roslyn V Woodward, « Medicalisation reconsidered: Toward a collaborative approach to care », *Sociology of Health & Illness*, vol. 18, no° 3, 1996, p. 357-78.
- Brunel, Frédéric F et Michelle R Nelson, « Explaining gendered responses to “help-self” and “help-others” charity ad appeals: The mediating role of world-views », *Journal of Advertising*, vol. 29, no° 3, 2000, p. 15-28.
- Bunton, Robin et Alan Petersen, *Foucault, health and medicine*: Routledge, 2002.
- Canada, Santé, « Les guides alimentaires canadiens, de 1942 à 1992. » consulté le 4 avril 2017.
- Caroli, Eve et Lexane Weber-Baghdiguian, « Self-reported health and gender: The role of social norms », *Social Science & Medicine*, vol. 153, no°, 2016, p. 220-29.
- Chakraborty, Kaustav et Debasish Basu, « Management of anorexia and bulimia nervosa: An evidence-based review », *Indian Journal of Psychiatry*, vol. 52, no° 2, 2010, p. 174-86.
- Cheek, Julianne, « Healthism: a new conservatism? », *Qualitative Health Research*, vol. 18, no° 7, 2008, p. 974-82.
- Cheek, Julianne, « The politics and practices of funding qualitative inquiry », *The Sage handbook of qualitative research*, 2011, p. 251.
- Cohen, D, « Le tabagisme: norme, déficience, maladie ou délit? », *Médicalisation et contrôle social*, Montréal, ACFAS, *Les cahiers scientifiques*, no° 84, 1995.
- Montreuil et coll, « Projet de loi 44: loi concernant la lutte contre le tabagisme  
Mémoire déposé à la commission de la santé et des services sociaux. », Québec: Institut National de Santé Publique, 2015.
- Conners, CK, « Is ADHD a disease? », *Journal of Attention Disorders*, vol. 2, no° 1, 1997, p. 3-17.

- Conrad, Peter, « The discovery of hyperkinesis: Notes on the medicalization of deviant behavior », *Social problems*, vol. 23, no° 1, 1975, p. 12-21.
- Conrad, Peter, « Medicalization and social control », *Annual review of Sociology*, no°, 1992, p. 209-32.
- Conrad, Peter, « Medicalization: Changing Contours, Characteristics, and Contexts » dans *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*, édité par C. William Cockerham (dir.), Dordrecht: Springer Netherlands, 2013, p. 195-214.
- Conrad, Peter, « The shifting engines of medicalization », *Journal of health and social behavior*, vol. 46, no° 1, 2005, p. 3-14.
- Conrad, Peter, « Types of medical social control », *Sociology of health & illness*, vol. 1, no° 1, 1979, p. 1-11.
- Conrad, Peter et Joseph W Schneider, « Looking at levels of medicalization: a comment on Strong's critique of the thesis of medical imperialism », *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, vol. 14, no° 1, 1980, p. 75-79.
- Contreras, Jesús, « Les aliments modifiés..., l'omnivore déculturalisé? », *Oléagineux, Corps Gras, Lipides*, vol. 13, no° 5, 2006, p. 315-21.
- Corbin, Juliet et Anselm Strauss, *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*: Sage, 2008.
- Courtenay, Will H, « Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health », *Social science & medicine*, vol. 50, no° 10, 2000, p. 1385-401.
- Coveney, John et Robin Bunton, « In pursuit of the study of pleasure: implications for health research and practice », *Health*, vol. 7, no° 2, 2003, p. 161-79.
- Crawford, Robert, « Healthism and the medicalization of everyday life », *International journal of health services*, vol. 10, no° 3, 1980, p. 365-88.
- Dakers, John R, Wendy Dow et Lynsey McNamee, « De-constructing technology's masculinity », *International Journal of Technology and Design Education*, vol. 19, no° 4, 2009, p. 381.
- Davis, Joseph E, « Medicalization, social control, and the relief of suffering », *The new Blackwell companion to medical sociology*, 2010, p. 211-41.

- Drulhe, Marcel et Serge Clement, « Enjeux et formes de la médicalisation. D'une approche globale au cas de la gérontologie », *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, 1998, p. 69-96.
- Dufresne, Jacques, Fernand Dumont et Yves Martin, *Traité d'anthropologie médicale: l'institution de la santé et de la maladie*, Vol. 1: Presses de l'Université du Québec, 1985.
- Duhamel, Paul-Guy, « Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids. », Université de Montréal, 2010.
- Duhamel, Paul-Guy, « Évolution des discours publics des autorités de santé au Québec en matière de gestion du poids », 2010.
- Dupuy, P, « Présentation d'ouvrage: Chronologie du développement alimentaire au Québec, par Claude Aube », *comptes rendus-académie d'agriculture de France*, vol. 83, no°, 1997, p. 153-58.
- Dussault, Gilles, *Professionnalisation et déprofessionnalisation*: J.-M. Tremblay, 2006.
- Edmunds, Alan et Shelley Martsch-Litt, « ADHD assessment and diagnosis in Canada: An inconsistent but fixable process », *Exceptionality Education International*, vol. 18, no° 2, 2008, p. 2-23.
- Ereshefsky, Marc, « Defining 'health' and 'disease' », *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, vol. 40, no° 3, 2009, p. 221-27.
- Fallery, Bernard et Florence Rodhain, « Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique. » Paper presented at the XVIe Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique AIMS, 2007, p 1-16.
- Fischler, Claude, « Food, self and identity », *Information (International Social Science Council)*, vol. 27, no° 2, 1988, p. 275-92.
- Fischler, C, *L'Homnivore*, 1ère Ed., 1990, Paris: Odile Jacob, 3e Éd, 2001.
- Freidson, Eliot, *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*: University of Chicago Press, 1988.
- Freund, Peter ES, Meredith B McGuire et Linda S Podhurst, *Health, illness, and the social body: A critical sociology*: Prentice Hall, 2003.

- Furman, Lydia, « What is attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)? », *Journal of Child Neurology*, vol. 20, no° 12, 2005, p. 994-1002.
- Garbian, Sévane. Souveraineté et légalité en droit pénal international : le concept de crime contre l'humanité dans le discours des juges à Nuremberg. In: Henzelin, Marc ; Roth, Robert (Ed.). *Le droit pénal à l'épreuve de l'internationalisation*. Paris ; Genève ; Bruxelles : L.G.D.J ; Georg ; Bruylant, 2002. p. 29-45
- Garlick, Steve, « What is a man? Heterosexuality and the technology of masculinity », *Men and Masculinities*, vol. 6, no° 2, 2003, p. 156-72.
- Germov, John, « Whetting the appetite: a taste of the sociology of food and nutrition », *Health Sociology Review*, vol. 7, no° 1, 1997, p. 35-46.
- Germov, John et Lauren Williams, *A sociology of food & nutrition : the social appetite*, 2nd<sup>e</sup> éd., South Melbourne, Vic. ; Toronto: Oxford University Press, 2004, xxii, p.462.
- Gordon, Ramsay, *Healthy Appetite*: Sterling Epicure, 2012.
- Goubert, Jean-Pierre, « L'eau et l'expertise sanitaire dans la France du xix<sup>e</sup> siècle: le rôle de l'Académie de médecine et des congrès internationaux d'hygiène », *Sciences sociales et santé*, vol. 3, no° 2, 1985, p. 75-102.
- Gough, Brendan, « Try to be healthy, but don't forgo your masculinity: Deconstructing men's health discourse in the media », *Social science & medicine*, vol. 63, no° 9, 2006, p. 2476-88.
- Green, Eileen, *Gendered Design?: Information Technology And Office Systems*: CRC Press, 1993.
- Guérard, François, « L'émergence de politiques nutritionnelles au Québec, 1936-1977 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 67, no° 2, 2013, p. 165-92.
- Guillory, James Denny, « The pro-slavery arguments of Dr. Samuel A. Cartwright », *Louisiana history*, 1968, p. 209-27.
- Gustafsson, Kerstin et Birgitta Sidenvall, « Food-related health perceptions and food habits among older women », *Journal of advanced nursing*, vol. 39, no° 2, 2002, p. 164-73.

- Guy-Grand, Bernard et Michèle Le Barzic, « Les trois fonctions du comportement alimentaire (nutritionnelle, symbolique et sociale): Comportement alimentaire et ses désordres », *La revue du Praticien*, vol. 50, no° 5, 2000, p. 480-83.
- Halkier, Bente et Iben Jensen, « Doing 'healthier' food in everyday life? A qualitative study of how Pakistani Danes handle nutritional communication », *Critical Public Health*, vol. 21, no° 4, 2011, p. 471-83.
- Hamel, Jacques, *Woody Allen au secours de la sociologie*, France: Economica, Méthode des sciences sociales, 2010.
- Haug, Marie, « Deprofessionalization: An alternative hypothesis for the future », *Sociological Review Monograph*, vol. 20, 1973, p. 195-211.
- Haug, Marie R, « A re-examination of the hypothesis of physician deprofessionalization », *The Milbank Quarterly*, 1988, p. 48-56.
- Hedendahl, Lena, Michael Carlberg et Lennart Hardell, « Electromagnetic hypersensitivity—an increasing challenge to the medical profession », *Reviews on environmental health*, vol. 30, no° 4, 2015, p. 209-15.
- Hislop, Jenny et Sara Arber, « Understanding women's sleep management: beyond medicalization-healthicization? », *Sociology of health & illness*, vol. 25, no° 7, 2003, p. 815-37.
- Holmqvist, Mikael, « Medicalization of unemployment: individualizing social issues as personal problems in the Swedish welfare state », *Work, Employment & Society*, vol. 23, no° 3, 2009, p. 405-21.
- Huss, Anke et Martin Rössli, « Consultations in primary care for symptoms attributed to electromagnetic fields—a survey among general practitioners », *BMC Public Health*, vol. 6, no° 1, 2006, p.267.
- Illich, Ivan, *Némésis médicale: l'expropriation de la santé*, Paris: Paris: Seuil, 1975.
- INSPQ, « Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006: les analyses—Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec », édité par Institut National de Santé Publique du Québec, 2006.
- Jozsef, Kovacs, « Concepts of health and disease », *The journal of medicine and philosophy*, vol. 14, 1989, p. 261-67.

- Jutras, Sylvie, Louise Guyon, Marc Renaud *et al.*, « Comment les Québécois se tirent-ils d'affaire? Un défi lancé aux chercheurs de sciences humaines », *Sciences sociales et santé*, vol. 7, no° 4, 1989, p. 69-93.
- Kalra, Ekta K, « Nutraceutical-definition and introduction », *The AAPS Journal*, vol. 5, no° 3, 2003, p. 27-28.
- Katamay, Stefa W, Krista A Esslinger, Michel Vigneault *et al.*, « Eating well with Canada's Food Guide (2007): development of the food intake pattern », *Nutrition reviews*, vol. 65, no° 4, 2007, p. 155-66.
- Kaufmann, Jean-Claude, *L'entretien compréhensif*: Hachette. com, 2011.
- Labrecque, Joanne et Sylvain Charlebois, « Functional foods: An empirical study on perceived health benefits in relation to pre-purchase intentions », *Nutrition & Food Science*, vol. 41, no° 5, 2011, p. 308-18.
- Le Heron, Richard et Nick Lewis, « Discussion. Theorising food regimes: intervention as politics », *Agriculture and Human Values*, vol. 26, no° 4, 2009, p. 345-49.
- Legavre, Jean Baptiste, « La «neutralité» dans l'entretien de recherche. Retour personnel sur une évidence », *Politix*, vol. 9, no° 35, 1996, p. 207-25.
- Lewis, Aubrey, « Health as a social concept », *The British Journal of Sociology*, vol. 4, no° 2, 1953, p. 109-24.
- Lie, Merete, « Technology and masculinity: The case of the computer », *European Journal of Women's Studies*, vol. 2, no° 3, 1995, p. 379-94.
- Lowenberg, June S et Fred Davis, « Beyond medicalisation-demmedicalisation: the case of holistic health », *Sociology of Health & Illness*, vol. 16, no° 5, 1994, p. 579-99.
- Lupton, Deborah, *Food, the body and the self*: London Thousand Oaks, Calif. : Sage Publications, 1996.
- Macintyre, Sally, Kate Hunt et Helen Sweeting, « Gender differences in health: are things really as simple as they seem? », *Social science & medicine*, vol. 42, no° 4, 1996, p. 617-24.
- Massé, Raymond, *Savoir populaire et alimentation chez les francophones de la région de Montréal : [rapport de recherche]*, Edited by Lyse Vanier *et al.*, Verdun: Verdun : DSC Verdun, 1990.

- Maurer, Donna et Jeffery Sobal, *Eating agendas: food and nutrition as social problems*: Transaction Books, 1995.
- Mayes, Christopher et Donald B Thompson, « Is nutritional advocacy morally indigestible? A critical analysis of the scientific and ethical implications of 'healthy' food choice discourse in liberal societies », *Public Health Ethics*, vol. 7, no° 2, 2014, p. 158-69.
- McBain, Kristin E, « Indigenous Lifescritps: A tool for modifying lifestyle risk factors for chronic disease », *Australian family physician*, vol. 37, no° 9, 2008, p. 750.
- McIntosh, William Alex, *Sociologies of food and nutrition*: Springer, 1996.
- McMorland, Gordon, Esther Suter, Steve Casha *et al.*, « Manipulation or microdiskectomy for sciatica? A prospective randomized clinical study », *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, vol. 33, no° 8, 2010, p. 576-84.
- Mennell, Stephen, Anne Murcott, Anneke H. van Otterloo *et al.*, *The sociology of food : eating, diet, and culture*, London ;Newbury Park, Calif.: Sage, 1992, vii,p. 150.
- Murcott, Anne, *The sociology of food and eating*: Gower Publishing Co. Ltd., 1983.
- Murcott, Anne, « Talking of good food: an empirical study of women's conceptualizations », *Food and Foodways*, vol. 5, no° 3, 1993, p. 305-18.
- Murphy, Dominic, « Psychiatry in the scientific image », 2005.
- Nath, Jemál, « Gendered fare? A qualitative investigation of alternative food and masculinities », *Journal of Sociology*, vol. 47, no° 3, 2011, p. 261-78.
- Nelson, Michelle R, Frédéric F Brunel, Magne Supphellen *et al.*, « Effects of culture, gender, and moral obligations on responses to charity advertising across masculine and feminine cultures », *Journal of Consumer Psychology*, vol. 16, no° 1, 2006, p. 45-56.
- Nettleton, Sarah, *The sociology of health and illness*: Polity, 2006.
- Nye, Robert A., « The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century », *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, vol. 39, no° 2, 2003, p. 115-29.
- O'Doherty, Jensen K et Lotte Holm, « Preferences, quantities and concerns: socio-cultural perspectives on the gendered consumption of foods », *European journal of clinical nutrition*, vol. 53, no° 5, 1999, p. 351-59.



- Parsons, Talcott, « The sick role and the role of the physician reconsidered », *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 1975, p. 257-78.
- Payette, Hélène et Bryna Shatenstein, « Les déterminants de la saine alimentation chez les personnes âgées vivant dans la collectivité », *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, 2005, p. S30-S35.
- Pett, LB, « Food makes a difference », *Canadian Public Health Journal*, vol. 33, no° 12, 1942, p. 565-70.
- Poulain, Jean-Pierre, *Sociologies de l'alimentation: les mangeurs et l'espace social alimentaire*: Presses Universitaires de France-PUF, 2002.
- Power, Elaine M, « Les déterminants de la saine alimentation chez les Canadiens à faible revenu », *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, 2005, p. S42-S48.
- Prescott, J, O Young, L O'Neill *et al.*, « Motives for food choice: a comparison of consumers from Japan, Taiwan, Malaysia and New Zealand », *Food quality and preference*, vol. 13, no° 7, 2002, p. 489-95.
- Québec, Gouvernement du, « La politique de la santé et du bien-être », édité par Ministère de la santé et des Services sociaux, 1998.
- Québec, Gouvernement du, « Programme national de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008 », édité par Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008.
- Regard, Marianne et Theodor Landis, « “Gourmand syndrome” Eating passion associated with right anterior lesions », *Neurology*, vol. 48, no° 5, 1997, p. 1185-90.
- Régner, FAUSTINE, « Vers un corps féminin sur mesure: l'alimentation et les techniques de la corpulence en France et aux États-Unis (1934-2010) », *L'Année Sociologique*, vol. 1, no° 67, 2017, p. 131-59.
- Régner, Faustine et Ana Masullo, « Le régime entre santé et esthétique? Significations, parcours et mise en œuvre du régime alimentaire », 2010.
- Renaud, Lise, Marie Claude Lagacé et Monique Caron-Bouchard, « Messages d'activité physique et d'alimentation: que nous offrent les médias québécois? », *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, , 2009, p. 208-11.

- Renaud, Marc, L Bouchard et D Cohen, « Le Concept de Médicalisation, A-t-il toujours la même pertinence? », *The concept of medicalization: Is it still salient*, 1995, p. 167-73.
- Renaud, Marc, Sylvie Jutras et Pierre Bouchard, *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires: Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, 1987.
- Ridde, Valéry, « Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France: l'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé », *Recherches sociographiques*, vol. 45, no° 2, 2004, p. 343-64.
- Riopel, Olivier, « Comment mange-t-on au Québec ? : une étude de cas au marché Jean-Talon de Montréal. », [Montréal] : Université de Montréal, 2005.
- Ross, Catherine E et Chloe E Bird, « Sex stratification and health lifestyle: consequences for men's and women's perceived health », *Journal of Health and Social Behavior*, no°, 1994, p. 161-78.
- Roy, Laurent et Lyne Bouchard, *Le point sur les habitudes de vie: l'alimentation: Publication Québec*, 1985, 95 p.
- Roy, Stephannie C, « 'Taking charge of your health': discourses of responsibility in English-Canadian women's magazines », *Sociology of Health & Illness*, vol. 30, no° 3, 2008, p. 463-77.
- Rozin, Paul et April E Fallon, « A perspective on disgust », *Psychological review*, vol. 94, no° 1, 1987, p. 23.
- Saltonstall, Robin, « Healthy bodies, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everyday life », *Social science & medicine*, vol. 36, no° 1, 1993, p. 7-14.
- Scrinis, Gyorgy, « On the ideology of nutritionism », *Gastronomica*, vol. 8, no° 1, 2008, p. 39-48.
- Scully, Jackie Leach, « What is a disease? Disease, disability and their definitions », *EMBO reports European Molecular Biology Organization*, vol. 5, no° 7, 2004, p. 650-53.

- Seidman, Irving, « Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences », p. 143: Teachers College Press (New York), 1998.
- Sherwood, Sylvia, « Gerontology and Sociology of Food and Eating », *The International Journal of Aging and Human Development*, vol. 1, no° 1, 1970, p. 61-85.
- Stephan, Jean-Marc, « Comment traiter la boulimie par acupuncture? », *Méridiens*, no° 114, 2000, p. 119-46.
- Timimi, Sami et Eric Taylor, « ADHD is best understood as a cultural construct », *The British Journal of Psychiatry*, vol. 184, no° 1, 2004, p. 8-9.
- Trégan, Céline, *La santé par les épices: Traité et prévenir les maladies*: Cardinal, 2011, p. 200.
- Vasseur, Stéphanie, « L'obésité et son traitement chirurgical: données actuelles et prise en charge par l'équipe multidisciplinaire. », 2007.
- Verbrugge, Lois M, « Gender and health: an update on hypotheses and evidence », *Journal of health and social behavior*, 1985, p. 156-82.
- Vigneault, Michel, Janice L Johnston, Beth A Junkins *et al.*, « Bien manger avec le Guide alimentaire canadien (2007): Élaboration du modèle d'alimentation », Villeneuve, Claire, Marie-France Charron et Marie-Claude Lévesque, *Étude sur le comportement et les habitudes alimentaires des Québécois en 1979*, Québec: Publication Québec, Études et Enquête, 1979, 147 p.
- West, Candace et Don H. Zimmerman, « Doing Gender », *Gender & Society*, vol. 1, no° 2, 1987, p. 125-51.
- Williams, Simon J, « Sleep and health: sociological reflections on the dormant society », *Health*, vol. 6, no° 2, 2002, p. 173-200.
- Wood, Roy C, « The sociology of the meal », 1995.
- Zola, Irving, « Culte de la santé et méfaits de la médicalisation », *Bozzini et al., Médecine et Société: les Années*, vol. 80, 1981.

# Annexe

---

## ANNEXE 1 - GRILLE D'ENTRETIEN

### **Questions sociodémographiques**

Quel âge avez-vous ?

Quel est votre revenu familial annuel ?

a) moins de 25 000\$

b) plus de 25 000\$

Quel est votre niveau de scolarité ?

1 Primaire ou équivalent

2 Secondaire ou équivalent

3 Cégep ou équivalent

4 Université 1er cycle

5 Université 2e ou 3e cycle

Qui fait partie de votre ménage ?

Quel âge ont-ils ?

Où êtes-vous né ?

### **Questions sur la santé**

Pour vous, que signifie la santé ? Pourquoi prenez-vous soin de votre santé ? Comment prenez-vous soin d'elle ?

Prenez-vous soin de la santé d'un autre membre de votre famille ? Si oui, comment ?

Avez-vous tout ce qu'il vous faut pour prendre soin de votre santé ? Et celle des autres membres de votre famille ?

*Avez-vous modifié votre comportement pour prendre soin de votre santé*

*Êtes-vous satisfaite de votre santé ?*

### **Question sur l'alimentation**

Qu'est-ce qui est le plus important pour vous dans votre alimentation ? *Dans vos aliments ?*

Dans votre ménage est-ce que votre alimentation a changé au cours des années ? Si Oui comment pourquoi et quand y a-t-il eut un changement ?

Pour vous qu'est-ce qu'un repas sain ?

Où acheté vous principalement vos aliments ? À cet endroit, trouvez-vous tous les aliments sains que vous désirez ?

Les repas que vous consommez maintenant sont-ils similaires ou différents de ceux que vous consommiez dans votre enfance ? Croyez-vous que vous mangiez sainement durant votre enfance ? Durant votre vie de jeune adulte ?

*Avez-vous ajouté un met ou un aliment récemment dans votre alimentation ?*

*Êtes-vous satisfaite de votre alimentation en ce moment ?*

### **Question sur les sources d'informations**

Quelles sont vos sources principales d'information sur l'alimentation ?

Quelles sont vos sources principales d'information sur la santé ?

## ANNEXE 2 -TABLEAU DES 5 A

Table 1. The 5As approach adopted in the Lifescripts brief intervention

<b>5As framework</b>	<b>Smoking cessation example</b>
Ask	Check if the patient is currently smoking
Assess	Ask the patient how many cigarettes they smoke per day and if they are ready to stop smoking
Advise	Explain the health consequences of this lifestyle choice to all patients and give encouragement to stop smoking
Assist	Provide the patient with strategies to stop smoking, including referrals to other professional services and/or prescription medications where appropriate
Arrange	Make a follow up appointment to monitor progress

Tableau obtenu de l'article de Kristin E MCBain, 2008, Indigenous Lifescripts. A tool for modifying risk factors for chronic disease. Voir bibliographie pour référence complète.